

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ



دانشگاه علوم پزشکی قزوین
دانشکده پرستاری مامایی

پایان نامه جهت دریافت درجه کارشناسی ارشد پرستاری مراقبتهای ویژه

عنوان

بررسی مقایسه ای پیامدهای مراقبت از بیماران در حال احتضار بر پرستاران بخش های مراقبت ویژه

بیمارستان های دانشگاهی شهر قزوین

استاد راهنما:

دکتر سیده زهرا حسینی گل افشانی

استاد مشاور:

اکرم شاهرخی

مشاور آمار:

دکتر محمود علیپور حیدری

نگارنده :

زهرا قنبرزاده ذالی

مهر ۱۳۹۵

صورت جلسه دفاع نهایی پایان نامه کارشناسی ارشد

بدین وسیله گواهی می شود که خانم زهرا قنبرزاده دانشجوی کارشناسی ارشد پرستاری گرایش ویژه ورودی مهر ۹۲ این دانشکده در تاریخ ۹۵/۰۷/۱۲ از پایان نامه تحصیلی خود با عنوان " بررسی مقایسه ای پیامد های مراقبت از بیماران در حال احتضار بر پرستاران بخش های مراقبت ویژه بیمارستان های دانشگاهی شهر قزوین " برای دریافت درجه کارشناسی ارشد در رشته پرستاری مراقبت های ویژه دفاع نموده و پایان نامه ایشان با درجه بسیار خوب نمره ۱۷/۱ مورد تصویب هیات داوران قرار گرفت. توفیق روزافزون ایشان را از درگاه خداوند آرزومندیم.

سمت اساتید محترم	نام و نام خانوادگی	امضاء
استاد راهنما:	خانم دکتر سیده زهرا حسینی گل افشانی	
استاد مشاور:	خانم اکرم شاهرخی	
استاد مشاور:	آقای دکتر محمود علیپور	
استاد داور:	آقای دکتر جلیل عظیمیان	
استاد داور:	خانم دکتر فرنوش رشوند	
نماینده شورای تحصیلات تکمیلی:	خانم دکتر فروزان الفی	 ۹۵/۰۷/۱۲ ۹۵/۰۷/۱۲

تقدیر و تشکر

از استاد و کرامی سرکار خانم دکتر سیده زهرا حسینی گل افغانی بسیار سپاسگزارم چرا که بدون راهنمایی های ایشان تامین این پایان نامه بسیار مشکل می نمود.

از سرکار خانم شاهرخی و به ویژه جناب دکتر علیپور به دلیل یاری ما در راهنمایی های بی چشمداشت ایشان که بسیاری از سختیها را برایم آسانتر نمودند کمال تشکر را دارم.

خدای رابی شاکرم که از روی کرم، پرومادی فداکار نسیم ساخته تا دسیاه دست پر بار وجودشان بیاسیم و از ریشه آنها شاخ و برگ گیرم و از سایه وجودشان در راه کسب علم

و دانش تلاش نمایم. والدینی که بودنشان تاج افتخاری است بر سرم و نشان دلیلی بر بودنم. چرا که این دو وجود، پس از پروردگار، مایه هستی ام بوده اند و تتم را گرفتند و راه

رفیق را در این وادی زندگی پر از فراز و نشیب آموختند. آموزگاران که برایم زندگی، بودن و انسان بودن را معنا کردند.

تقدیم به وجود پر ارزش پرومادم

چکیده :

مقدمه : یکی از وظایف مهم پرستاران در بخش های مراقبت ویژه، مراقبت از بیمار در حال احتضار میباشد. با توجه به پیامد های متعدد جسمی و روانی مراقبت از بیماران در حال احتضار بر پرستاران بخش های ویژه، این مطالعه به بررسی این پیامد ها پرداخته است.

روش کار: پژوهش حاضر یک مطالعه توصیفی- تحلیلی می باشد. به شیوه سرشماری در مجموع تعداد ۱۲۰ پرستار شاغل در بخش های مراقبت ویژه (سی سی یو، ای سی یو) بیمارستان های دانشگاهی شهر قزوین در این مطالعه شرکت کرده اند. ابزار گردآوری داده ها شامل پرسشنامه دموگرافیک و پرسشنامه ارزیابی مراقبت از بیمار در حال احتضار می باشد که از ۴ زیر مقیاس رنج جسمانی، بالیدگی، فشار و حمایت اجتماعی تشکیل شده است. در مطالعه حاضر ابتدا روایی و پایایی ابزار سنجیده شد سپس جهت تجزیه و تحلیل داده ها از شاخص های آمار توصیفی و جهت مقایسه بین گروه ها از آزمون ضریب همبستگی اسپیرمن و آزمون من ویتنی^۱ استفاده شد.

یافته ها : یافته ها نشان داد که ۹۰ درصد پرستاران زن با میانگین سنی ۳۴-۴۴ سال، ۶۱.۷ درصد از پرستاران کمتر از ۱۰ سال سابقه کار در بخش ویژه را داشتند. در بررسی پیامد های مراقبت از بیمار در حال احتضار، هر چهار پیامد نمره متوسط را به خود اختصاص دادند که ۶۰.۵ درصد پرستاران بخش ای سی یو و ۷۰.۶ درصد پرستاران سی سی یو نمره متوسط را از پیامد رنج جسمانی، ۷۹.۱ درصد پرستاران بخش ای سی یو و ۸۵.۳ درصد پرستاران بخش سی سی یو نمره متوسط را از پیامد میزان بالیدگی، ۵۹.۳ درصد پرستاران بخش ای سی یو و ۶۷.۶ درصد پرستاران نمره متوسط را از پیامد میزان فشار و ۶۴ درصد پرستاران بخش ای سی یو و ۴۷.۱ درصد پرستاران بخش سی سی یو نمره متوسط را از پیامد حمایت اجتماعی کسب کردند.

نتیجه گیری :

با توجه به اهمیت پیامد های مراقبت از بیمار در حال احتضار نیاز به برنامه ریزی موثر در جهت بهبود کاهش استرس های شغلی و ارتقا بهزیستی روانشناختی در پرستاران بخش های ویژه جهت ارایه کیفیت مطلوب مراقبت توصیه می شود.

کلید واژگان : پیامد های مراقبت، بیمار در حال احتضار، پرستار بخش ویژه

۱- Mann Whitney

فهرست مطالب

فصل اول: معرفی پژوهش

۱-۱ زمینه	۲
۲-۱ اهداف	۴
۳-۱ سوال پژوهش	۵
۴-۱ تعریف واژه های اختصاصی	۵

فصل دوم: دانستنی های موجود در پژوهش

۱-۲ چهارچوب پژوهش	۸
۲-۲ مراقبت از بیمار در حال احتضار	۸
۳-۲ پرستار بخش مراقبت های ویژه	۱۴
۴-۲ بخش مراقبت های ویژه	۱۵
۵-۲ مروری بر متون	۱۶

فصل سوم: روش پژوهش

۱-۳ نوع پژوهش	۲۲
۲-۳ جامعه پژوهش	۲۲
۳-۳ محیط پژوهش	۲۲
۴-۳ نمونه پژوهش	۲۲
۵-۳ روش نمونه گیری	۲۲
۶-۳ معیارهای ورود به مطالعه	۲۲
۷-۳ معیارهای خروج از مطالعه	۲۲
۸-۳ روش اجرا و طراحی تحقیق	۲۲
۹-۳ روش جمع آوری و تجزیه و تحلیل داده ها	۲۷
۱۰-۳ ملاحظات اخلاقی	۲۷

فصل چهارم: یافته های پژوهش

۱-۴ آماره ای توصیفی	۳۰
۲-۴ جدول مربوط به ارتباط مشخصات دموگرافیک با پیامد های مراقبت از بیمار در حال احتضار	۳۶
۱-۲-۴ آزمون تحلیل آماری من ویتنی	۳۷
۳-۴ آمار تحلیلی جهت روایی و پایایی ابزار	۳۹
۱-۳-۴ جدول محاسبه روایی کمی محتوا	۳۹
۲-۳-۴ ضریب آلفای کرونباخ	۴۱
۳-۳-۴ آزمون باز آزمون	۴۲

فصل پنجم: بحث و نتیجه گیری

۱-۵ نتیجه گیری نهایی	۵۴
۲-۵ کاربردهای یافته ها در خدمات پرستاری	۵۵
۳-۵ محدودیت های اجرایی طرح و روش حل مشکلات	۵۶
۴-۵ پیشنهادات برای پژوهش های آتی	۵۶
منابع	۵۷
پیوست ۱	۶۳

فهرست جدول ها

جدول متغیرها	۶
جدول ۴-۱ توزیع فراوانی سنی پرستاران شاغل در بخش های ای سی یو و سی سی یو بیمارستان های دانشگاهی شهر قزوین	۳۰
جدول ۴-۲ توزیع فراوانی متغیرجنسیت پرستاران شاغل در بخش های ای سی یو و سی سی یو بیمارستان های دانشگاهی شهر قزوین	۳۱
جدول ۴-۳ توزیع فراوانی وضعیت تاهل پرستاران شاغل در بخش های ای سی یو و سی سی یو بیمارستان های دانشگاهی شهر قزوین	۳۱
جدول ۴-۴ توزیع فراوانی سطح تحصیلات پرستاران شاغل در بخش های ای سی یو و سی سی یو بیمارستان های دانشگاهی شهر قزوین	۳۱
جدول ۴-۵ توزیع فراوانی سابقه کار پرستاران شاغل در بخش های ای سی یو و سی سی یو بیمارستان های دانشگاهی شهر قزوین	۳۲
جدول ۴-۶ توزیع فراوانی پیامدهای مراقبت از بیمار در حال اح تضار بر پرستاران بخش های سی سی یو بیمارستان های دانشگاهی شهر قزوین	۳۲
جدول ۴-۷ توزیع فراوانی پیامدهای مراقبت از بیمار در حال احتضار بر پرستاران بخش های ای سی یو بیمارستان های دانشگاهی شهر قزوین	۳۴
جدول ۴-۸ توزیع مقایسه ای فراوانی پیامدهای مراقبت از بیمار در حال اح-تضار بر پرستاران بخش های ای سی یو با سی سی یو بیمارستان های دانشگاهی شهر قزوین	۳۵
جدول ۴-۹ ضریب همبستگی اسپیرمن بین متغیر سن و سابقه کار پرستاران بخش های سی سی یو بیمارستان های دانشگاهی شهر قزوین با پیامدهای مراقبت از بیمار در حال احتضار	۳۶
جدول ۴-۱۰ ضریب همبستگی اسپیرمن بین متغیر سن و سابقه کار پرستاران بخش های سی سی یو بیمارستان های دانشگاهی شهر قزوین با پیامدهای مراقبت از بیمار در حال احتضار	۳۶
جدول ۴-۱۱ آزمون من ویتنی بین متغیر وضعیت تاهل پرستاران بخش های ای سی یو بیمارستان های دانشگاهی شهر قزوین با پیامدهای مراقبت از بیمار در حال احتضار	۳۷
جدول ۴-۱۲ آزمون من ویتنی بین متغیر وضعیت تاهل پرستاران بخش های سی سی یو بیمارستان های دانشگاهی شهر قزوین با پیامدهای مراقبت از بیمار در حال احتضار	۳۷
جدول ۴-۱۳ آزمون من ویتنی بین متغیر سطح تحصیلات پرستاران بخش های ای سی یو بیمارستان های دانشگاهی شهر قزوین با پیامدهای مراقبت از بیمار در حال احتضار	۳۸
جدول ۴-۱۴ آزمون من ویتنی بین متغیر سطح تحصیلات پرستاران بخش های سی سی یو بیمارستان های دانشگاهی شهر قزوین با پیامدهای مراقبت از بیمار در حال احتضار	۳۹
جدول ۴-۱۵ میزان سی وی آر و سی وی ای گویه های مقیاس مراقبت از بیمار در حال احتضار	۳۹
جدول ۴-۱۶ ضریب آلفای کرونباخ	۴۱
جدول ۴-۱۷ نتایج آزمون باز آزمون	۴۲

فهرست نمودار ها

- نمودار ۴-۱ توزیع فراوانی پیامدهای مراقبت از بیمار در حال اح تضار بر پرستاران بخش‌های سی سی یو بیمارستان‌های دانشگاهی شهر قزوین ۳۳
- نمودار ۴-۲ توزیع فراوانی پیامدهای مراقبت از بیمار در حال اح تضار بر پرستاران بخش‌های سی سی یو بیمارستان‌های دانشگاهی شهر قزوین ۳۴
- نمودار ۴-۳ توزیع فراوانی پیامدهای مراقبت از بیمار در حال احتضار بر پرستاران بخش‌های ای سی یو باسی سی یو بیمارستان‌های دانشگاهی شهر قزوین ۳۵

فصل اول :

معرفی پژوهش

۱-۱ زمینه

مرگ رخدادی مهم، متعدد و روزمره در حرفه پرستاری به خصوص در پرستاری بخش های ویژه، پرستاری از سالمندان و ارایه مراقبت های پلکانی عمر می باشد (۱،۲،۳،۴) علی رغم درمان متمرکز در بخش مراقبت های ویژه، مرگ به عنوان یک بخش اجتناب ناپذیر از زندگی باقیمانده است (۵،۱) یک مطالعه مروری از مراقبت های بخش های ویژه، بطور متوسط میزان مرگ و میر در نیوزیلند و استرالیا حدود ۱۰٪ و در جامعه بین امللی بین ۱۵-۳۵٪ گزارش کرده است. مرگ بیمار بطور ناگهانی در طی انجام درمان فعال یا صرف نظر کردن از درمان نگهدارنده بین ۴۹-۹۰٪ در مستندات گزارش شده است. بنابراین علی رغم مشکلاتی که در شناسایی پیش آگهی جمعیت بیماران بستری در واحد مراقبت های ویژه وجود دارد، بیش از نیمی از همه بیماران در واحد مراقبت های ویژه می میرند (۵،۶،۱) آمارها از سراسر دنیا نشان می دهد که بیش از نیمی از مرگ ها در بیمارستان ها و مراکز نگهداری سالمندان اتفاق می افتد (۷۶ درصد در دنیا، ۵۱ درصد در ایالات متحده و ۵۴ درصد در انگلستان) و این تعداد رو به افزایش است (۹،۱۰،۱۱).

یک جزء مهم از کار پرستاری در بخش های مراقبت ویژه، مراقبت از بیمار در حال احتضار و خانواده هایشان می باشد. (۳۶) بر اساس دیدگاه بیمار محور، فراهم کردن مراقبت ۲۴ ساعته، تجربه و مهارت پرستاران در مراقبت از بیماران در حال احتضار، به خصوص کنترل روزانه ی علایم در مدیریت درد و نیز حمایت عاطفی، نقش مهمی را در مراقبت انتهایی بیماران ایفا می کنند (۱).

فیشدر مطالعات خود با رویکرد کیفی، هفت مضمون را کشف کرد که مشخص می کرد پرستاران شاهدان واقعی مرگ هستند، روابط نزدیک با بیمار و خانواده وی برقرار می کنند، از آنها حمایت می کنند و تحت تاثیر این تجربیات قرار می گیرند (۱۲).

پرستار با توجه به داشتن نقش محوری در تیم بهداشتی درمانی، به طور فعالانه باعث ارتقا مراقبت از بیمار و اعضای خانواده او می شود. پرستار در این زمان به عنوان یک فرد مراقبت کننده، مربی و مشاور عمل می کند. او همچنین هماهنگ کننده ی مراقبت ها و پیش بینی کننده ی خدمات لازم در بیمارستان و اعضای خانواده بیمار می باشد (۱۳،۱۴).

بیشتر مردم حتی کسانی که کار آنها کمک کردن به بیماران در حال مرگ است در روبرو شدن با مرگ عکس العمل های متفاوتی از خود نشان می دهد (۱۵،۱۶). مطالعه رثوفی نشان داد که عکس العمل بیشتر دانشجویان پرستاری نسبت به مرگ بیماران، احساس غم و اندوه است و پس از آن عصبانیت، ناامیدی، اضطراب، احساس گناه، ترس و در برخی موارد احساس راحتی برای فرد مرده، احساس همدردی با فرد محتضر و خانواده وی و الهی بودن مرگ می باشد. علاوه بر آن این مطالعه نشان داد که نگرش دانشجویان سال اول با سال آخر نسبت به مرگ بیمار متفاوت است و نیز تمامی دانشجویان، دارای نگرش

مثبت ضعیف نسبت به مراقبت | ز بیمار محتضر هستند. این پژوهش نشان داد که نگرش افراد با گذر زمان در حال تغییر است (۱۷). ضرغام بروجنی در سال ۲۰۰۸ مطالعه ای با عنوان آمادگی پرستاران ایرانی برای فقدان کشف تعادل در مراقبت های بیماران در انتهای زندگی انجام دادند، آنها به این نتیجه رسیدند که پرستاران بایستی تمرکز مراقبت خود را وقتی که بیمار در شرایط غیر قابل بازگشت به حیات قرار می گیرد تغییر داده و خود را برای مواجهه با مرگ بیمارشان آماده کنند (۱۸). در مطالعه ال پیترو و همکارانش با هدف بررسی مرگ و نگرش پرستاران برای تعیین ترس از مرگ و تاثیر آن بر مراقبت از بیمار در حال احتضار، به این نتیجه رسیدند که سطح اضطراب مرگ در پرستاران شاغل در بیمارستان ها به طور کلی، انکولوژی، کلیوی، مراقبین در آسایشگاه و یا در خدمات اجتماعی بالا بوده است (۱۹). برخی از مطالعات نشان داده است، ارتباط معکوس بین نگرش پرستاران نسبت به مرگ و نگرش آنها نسبت به مراقبت از بیماران در حال مرگ وجود دارد. پرستاران جوانتر به طور معمول ترس بیشتری از مرگ و نگرش منفی تری نسبت به مراقبت از بیمار در حال مرگ را گزارش کرده اند (۱۳،۲۰). در مطالعه رزبان و همکارانش که به بررسی نگرش پرستاران به مراقبت تسکینی در جنوب شرق ایران پرداختند شرکت کنندگان به طور متوسط نگرش منفی به سمت نرمال در مراقبت تسکینی داشتند (۲۱). بنابراین پرستاران بطور مکرر در دوره کاری خود در معرض مرگ و مراقبت از بیمار در حال مرگ می باشند (۱۳،۲۰). زمانی که بارها و بارها در معرض چنین رویدادهایی قرار گیرند؛ استرس، اضطراب، افسردگی و خستگی عاطفی در میان پرستاران و تغییراتی در ابعاد شخصیت آنها بوجود می آید (۱،۲۲،۲۳).

پترینی (۲۰۰۷) در مطالعه خود، پرستاری را یکی از حرفه های پراسترس اعلام کرده و از ۱۳۰ شغل مورد مطالعه، شغل پرستاری رتبه ی ۲۷ را در مراجعه به پزشک، جهت مشکلات ناشی از عدم سلامت روانی کسب کرد. در بین بخشهای بیمارستانی، پرستارانی که در بخشهای مراقبتهای ویژه مشغول به کار هستند، بیشترین استرس را تحمل می کنند. (۲۴) از آنجا که پرستاران، نقش مهمی در پیشرفت امور مراقبتی و درمانی، بهبود و ارتقاء سلامت جامعه دارند، بدیهی است که باید از نیرو، توانمندی و سلامت جسمی و روانی بالایی برخوردار باشند. مسائلی از قبیل آنچه در بالا آورده شد، موجب کاهش بهزیستی روانی پرستاران خواهد شد. مشاغلی که در آن روابط اجتماعی و بین فردی گسترده ای وجود دارد و کارکنان آن نقش امور مراقبتی و درمانی را بر عهده دارند، به طور طبیعی، بستری برای رشد ابتلا به انواع بیماریهای جسمی و روانی وجود دارد. (۲۵،۲۴) از جمله متغیرهایی که می تواند نقش بازدارنده و تعدیل کننده در مقابل اینگونه مسائل و مشکلات داشته باشد بهزیستی روانشناختی است. بهزیستی روانشناختی تلاش برای کمال در جهت تحقق تواناییهای بالقوه واقعی فرد است. (۲۴) بهزیستی روانی جزء روانشناختی کیفیت زندگی است که به عنوان درک افراد از زندگی خودشان در حیطه رفتارهای هیجانی و عملکردهای روانی و ابعاد سلامت روانی تعریف شده است و شامل دو جزء است: نخست قضاوت شناختی است که پیشرفت افراد در زندگیشان چگونه است و دومین جزء آن شامل سطح تجربه های خوشایند فرد است. بدین معنی که اولین

جزء نحوه عملکرد و دومین جزء شامل سلامت روانی فرد می شود. (۲۴،۲۶،۲۷) عوامل ششگانه مهم که بهزیستی روانشناختی فرد را می سنجد عبارتند از: خودمختاری، تسلط بر محیط، رشد فردی، ارتباط مثبت با دیگران، زندگی هدفمند و پذیرش خود. فرد هدفمند نسبت به فعالیتهای و رویدادهای زندگی علاقه نشان می دهد و به شکل مؤثر با آن درگیر می شود. یافتن معنی برای تلاشها و چالشهای زندگی در قالب این مؤلفه قرار می گیرد. (۲۴،۲۶) رشد شخصی یعنی بالفعل شدن استعدادها و تواناییهای بالقوه فرد به مرور و در طول زمان، ارتباط مثبت با دیگران؛ یعنی داشتن رابطه باکیفیت و ارضاء کننده با دیگران. افراد با این ویژگی عمدتاً انسان هایی مطبوع، نودوست و توانا در ابراز محبت به دیگران هستند. به علاوه چنین افرادی می کوشند رابطه های گرم و بر اساس اعتماد متقابل با دیگران ایجاد نمایند (۳۰،۲۹) تسلط بر محیط یعنی توانایی فرد در هدایت امور روزمره به نحو احسن، لذا فردی که احساس می کند بر اوضاع و شرایط مسلط است می تواند ابعاد مختلف محیط و شرایط آن را تا حد امکان کنترل کند، تغییر دهد و بهبود ببخشد. خودمختاری: به احساس استقلال، خود کفایی و آزادی از هنجارها اطلاق می شود. فردی که بتواند بر اساس افکار، احساسات و باورهای شخصی خود تصمیم بگیرد، دارای ویژگی خودمختاری است. در حقیقت، توانایی فرد برای مقابله با فشارهای اجتماعی به این مؤلفه مربوط می شود. (۲۳، ۲۴) این شش سازه، معنای بهزیستی روانشناختی را به صورت نظری و عملی توضیح داده و تبیین می نماید که چگونه می تواند موجب سلامتی جسمی و روانی شود. (۲۴،۲۶)

مطالعاتی که تاکنون در زمینه مراقبت از بیماران در حال احتضار انجام شده است تنها به بررسی اثرات منفی این رویداد پرداخته است. (۱،۵،۳۱) درحالیکه شواهد تجربی متعددی نشان دادند که بهزیستی روانشناختی علاوه بر کاهش استرس، اضطراب و افسردگی باعث بهبود عملکرد شغلی و کیفیت مراقبت بالینی نیز می شود (۲۴،۲۶،۲۸)

با توجه به کمبود تحقیقات در زمینه ی مراقبت از بیماران در حال احتضار، این بار محقق بر آن شد تا با مطالعه ی ارزیابی پیامدهای مثبت و منفی مراقبت از بیمار در حال احتضار بر پرستاران بخش های مراقبت ویژه، بپردازد و امید است، دستاورد مطالعه ی حاضر، قدمی کوچک در شناخت مفاهیم و پدیده های جدید در فرایند دشوار مراقبت از بیمار در حال احتضار باشد.

۱-۲ اهداف

هدف اصلی طرح:

تعیین و مقایسه پیامدهای مراقبت از بیماران در حال احتضار بر پرستاران بخش های مراقبت ویژه بیمارستان های

دانشگاهی شهر قزوین در سال ۱۳۹۵

اهداف فرعی :

(۱) تعیین پیامدهای مراقبت از بیماران در حال احتضار بر پرستاران شاغل در بخش های ای سی یو

- ۲) تعیین پیامد های مراقبت از بیماران در حال احتضار بر پرستاران شاغل در بخش های سی سی یو
- ۳) مقایسه ی پیامد های مراقبت از بیماران در حال احتضار بر پرستاران شاغل در بخش های ای سی یو با سی سی یو
- ۴) تعیین ارتباط برخی ویژگی های دموگرافیک با پیامدهای مراقبت از بیماران در حال احتضار بر پرستاران بخش های ای سی سی یو و سی سی یو
- ۵) تعیین روایی و پایایی مقیاس مراقبت از بیمار در حال احتضار.

اهداف کاربردی :

امید است با شناختی عمیق و چند بعدی از پیامد های متعدد جسمی و روانی و آموزشی مراقبت از بیماران در حال احتضار بر پرستاران بخش های ویژه و معرفی و انتشار چگونگی این پیامد ها به مراکز آموزشی و درمانی ، زمینه ای جهت برنامه ریزی اثر بخش در حوزه مدیریت پرستاری و همچنین بالا بردن کیفیت مراقبت از بیماران در حال احتضار باشد.

۱-۳ سؤال های پژوهش:

- ۱) پیامد های مراقبت از بیماران در حال احتضار بر پرستاران شاغل در بخش های ای سی سی یو چگونه است ؟
- ۲) پیامد های مراقبت از بیماران در حال احتضار بر پرستاران شاغل در بخش های سی سی یو چگونه است ؟
- ۳) آیا تفاوت معنی داری بین پیامد های مراقبت از بیماران در حال احتضار بر پرستاران بخش های ای سی یو با سی سی یو وجود دارد؟
- ۴) آیا ارتباط معنی داری بین برخی ویژگیهای دموگرافیک با پیامد های مراقبت از بیمار در حال احتضار بر پرستاران بخش های ای سی سی یو وجود دارد؟
- ۵) آیا مقیاس مراقبت از بیمار در حال احتضار از روایی و پایایی لازم برخوردار است ؟

۱-۴ تعریف واژه های اختصاصی :

مراقبت بیمار در حال احتضار (تعریف نظری) : مراقبت از پایان زندگی اصطلاح مورد استفاده برای مسائل و خدمات مربوط به مرگ و مردن است. مراقبت پایان زندگی بر روی نیازهای جسمی و روانی برای بیماران و خانواده های آنها تمرکز دارد (۳۲)

تعریف عملی: در مطالعه حاضر هدف از مراقبت بیماران در حال احتضار ک لیه مراقبت های جسمی و روانی ارای ه شده توسط پرستاران بخش های سی سی یو و سی سی یو به بیماران فوت شده و در شرف مرگ و خانواده های آنها می باشد.

پرستار مراقبت ویژه (تعریف نظری) : ارایه مراقبت های تخصصی از بیماران بسیار بدحالی که از بیماری یا صدمات

تهدید کننده زندگی رنج می برند. (۳۲)

تعریف عملی: در مطالعه حاضر هدف از پرستار ویژه، پرستاران شاغل در بخش های ای سی یو و سی سی یو بیمارستان های دانشگاهی شهر قزوین می باشند.

بخش مراقبت های ویژه (تعریف نظری): بخش مراقبتهای ویژه متشکل از یک واحد چند تخصصی پزشکی و پرستاری است که مطابق موازین و مقررات علمی و با استفاده از کلیه تجهیزات، تاسیسات، امکانات و تکنولوژی پزشکی و داروهای لازم مراقبت از بیماران با ویژگیهای خاص را بر عهده دارد (۳۲)

تعریف عملی: در مطالعه حاضر هدف از بخش های ویژه کلیه بخش های ای سی یو و سی سی یو بیمارستان های دانشگاهی شهر قزوین می باشد.

جدول متغیرها:

عنوان متغیر	زمینه ای	مستقل	وابسته	کمی		کیفی		تعریف عملی
				پیوسته	گسسته	اسمی	رتبای	
مراقبت از بیمار در حال احتضار	*				*			پرسشنامه ای او ال سی ای اس ^۱
سن	*			*				پرسشنامه دموگرافیک
جنس	*					*		زن/مرد
سطح تحصیلات	*						*	کارشناسی، کارشناسی ارشد
وضعیت تاهل	*					*		مجرد، متاهل، مطلقه، بیوه
سابقه کار	*			*				پرسشنامه دموگرافیک
میزان رنج جسمانی			*		*			پیامد پرسشنامه ای او ال سی ای اس سوالات (۱-۸، ۲۷)
میزان بالیدگی			*		*			پیامد پرسشنامه ای او ال سی ای اس سوالات (۹-۱۶)
میزان فشار			*		*			پیامد پرسشنامه ای او ال سی ای اس سوالات (۱۷-۲۴ و ۲۸)
میزان حمایت اجتماعی			*		*			پیامد پرسشنامه ای او ال سی ای اس سوالات (۲۵-۳۲)

۱- End of Life Caregiving Appraisal Scale (EOLCAS)

فصل دوم :

دانستنی های موجود در پژوهش

۱-۲ چهارچوب پژوهش:

چهارچوب پژوهش این تحقیق شامل مفاهیم مراقبت از بیمار در حال احتضار، پرستار مراقبت ویژه و بخش مراقبت ویژه است که به ترتیب توضیح داده می شود.

۲-۲ مراقبت از بیمار در حال احتضار

مفاهیم مربوط به مرگ، مردن و انتهای زندگی از اوایل سال ۱۹۰۰ که میانگین عمر زنان سفید پوست ۵۱ سال و مردان سیاه پوست ۳۵ سال در ایالات متحده آمریکا بود، تغییر کرد. در آن زمان مرگ در نوزادان، کودکان، جوانان و بزرگسالان بطور شایع رخ می داد و اغلب مرگ ها غیر منتظره و در خانه بود. خانواده ها دوره کوتاه مراقبت از بیماران را که بیشترشان به علت بیماری مسری می مردند به عهده می گرفتند و دوره انتهای زندگی بسیار کوتاه بود. (۱۰،۱۱،۳۴)

امروزه براساس آمار، بیشترین علل مرگ و میر در آمریکا بیماری های قلبی و سرطان است. براساس گزارش بونو و همکاران (۲۰۱۲) مرگ و میر بیماری های قلبی عروقی در خاورمیانه و آفریقای شمالی شامل ۴۸ درصد بیماری عروق کرونر، ۱۹ درصد بیماری عروق مغز، ۱۶ درصد سایر بیماری قلبی عروقی، ۱۱ درصد فشار خون بالا، ۴ درصد بیماری های التهابی قلب و ۲ درصد بیماری های قلبی روماتیسمی بوده است. از طرف دیگر، سالانه برای بیش از ۱/۵ میلیون آمریکایی تشخیص سرطان داده میشود و دومین عامل مرگ و میر در آمریکا است. بیش از ۵۶۰۰۰۰ آمریکایی، سالانه از یک بیماری بدخیم جان میسپارند. (۳۵)

مرگ به طور سنتی توقف همه عملکردهای بیولوژیک تعریف می شد. امروزه بدلیل پیشرفت های تکنولوژی و پزشکی مفهوم مرگ تغییر کرده است. خصوصاً در جایگاه مراقبت ویژه بسیار شایع است که بیمار به لحاظ قانونی فوت شده، یعنی کلیه عملکرد مغز از بین رفته است اما به لحاظ بالینی مرگ رخ نداده زیرا بدلیل پیشرفتهای پزشکی و تکنولوژی عملکرد قلب و ریه باقیمانده است. برای بسیاری از افراد مسن، انتهای زندگی یک فرایند تدریجی همراه با انبوهی از بیماری های مزمن و بسیاری تغییرات شرایط داخلی بدن می باشد. در بسیاری از موارد، حوادثی مثل سرپسیس یا شکستگی هیپ نقطه پرتابی است که افراد مسن را از یک مرحله بیماری مزمن به مرحله انتهای زندگی انتقال و مرگ رخ می دهد. (۱۰)

مرحله انتهایی زندگی هنگامی است که بهبودی از بیماری انتظار نمی رود، مرگ غیرمنتظره است و تمرکز روی راحتی بیمار است. (۹) محققان پرستاری دانشگاه پنسیلوانیا سیر دوره انتهای زندگی را به سه مرحله زیر تقسیم کرده اند:

۱. سیر مرگ انتظاری: زندگی فرد با یک شیب تصاعدی رو به زوال می رود، اغلب با یک نشانه کلینیکی تشخیص داده می شود و با طولانی شدن مرحله انتهایی زندگی همراه است.

۲. سیر مرگ آمیخته: در ابتدا فرد، درمان موفقیت آمیز و دوره پایداری دارد، در ادامه رو به زوال می رود و مرحله

انتهایی زندگی کوتاه است.

۳. سیر مرگ غیر منتظره : فرد رو به زوال می‌رود، مرحله انتهایی زندگی بسیار کوتاه است.(۱۰)

حال به فرایند اعلام مرگ می‌پردازیم. فرایند اعلام مرگ از یک موسسه به موسسه دیگر متفاوت است. بطور عمومی پرستار بیمار را ملاقات کرده ، فقدان علایم حیاتی را شناسایی و پزشک را مطلع می‌کند . پزشک نشانه های مرگ را در بیمار تایید و گواهی مرگ را صادر می‌کند. در اعلام مرگ، موارد زیر مرسوم است (۳۶)

- ظاهر عمومی بیمار
- فقدان واکنش کلامی یا لامسه ای به تحریکات
- فقدان واکنش مردمک به نور
- عدم وجود صداهای قلبی و ریوی
- عدم وجود نبض های کاروتید و اپیکال

بسیاری از بیماران قبل از پایان زندگی خود در بخش های مراقبت ویژه بستری میشوند و نیاز به مراقبت بیشتر دارند و باید متوجه بود که آنان و خانواده شان نیاز به توجه خاص دارند (۳۵) یک مرگ خوب امکان پذیر است و می تواند توسط پرستار، مدافعی که در جهت مراقبت از بیمار ، خانواده و مراقبین او کار می کند، تسهیل شود و از استرس و رنج بردن اجتناب شود . این فرایند می تواند لباآرزوهای بیمار و خانواده او و آنچه که شامل استاندارد های، بالینی ، فرهنگی و اخلاقی است، همراه شود.(۱۱،۹) در راستای فراهم کردن یک مرگ خوب توجه به فرهنگ نقش بسزایی دارد. تمرکز مراقبت فرهنگی بر درک ارزش ها ، باور ها و عملکرد بهداشتی مددجو است و مراقبت کل نگر زمانی روی می دهد که پرستار ارزش های فرهنگی بیمار را درک کرده و نسبت به تفاوت های فرهنگی خود و بیمار شناخت و حساسیت داشته باشد. فرهنگ به ارزش ها ، باور ها ، سنت ها و نماد هایی اشاره دارد که روش زندگی فرد را شکل می دهند و از طریق تعامل بین افراد انتقال پیدا می کند معنی مراقبت ارتباط نزدیکی با فرهنگ فرد دارد (۳۷) فرهنگ می تواند در همه ابعاد مراقبت از بیمار در حال احتضار ، که شامل موارد زیر است تاثیر بگذارد : (۱۱،۳۶)

- درک از یک مرگ خوب
- پذیرش خدمات مراقبت تسکینی و خانگی
- خطوط ارتباطی درباره مرگ و تصمیمات انتهای زندگی
- انتظارات از مداخلات درمانی (تصمیمات در مورد احیا)
- مکانی که قرار است مرگ رخ دهد

- مراسم مذهبی نزدیک به مرگ و بلافاصله بعد از مرگ

- تصمیمات در مورد اهداء عضو

بنابراین همه مراقبان حرفه ای سلامت نیاز دارند که فرهنگ خودشان را به طور اساسی شناخته و تاثیر آن را بر روی افراد مسن درک کنند. (۱۰)

مراقبت تسکینی شامل مراقبتی است که رنج را تسکین می دهد و زمانیکه درمان امکان پذیر نیست راح تی را برای بیمار محضر فراهم می کند. (۹) مراقبت تسکینی از دیدگاه سازمان بهداشت جهانی شامل موارد زیر است : (۳۵)

- مدیریت علایم

- برنامه مراقبتی پیشرفته

- مراقبت خانواده محور

- مراقبت عاطفی ، روانی ، اجتماعی و فردی

- ارتباط باز و صادقانه درباره پیش آگهی و فرایند مرگ

- آگاهی از موضوعات اخلاقی

- مراقبت از مراقبین

مدیریت علایم

درد : پاتولوژی بیماری ، پروسجر ها و مداخلات همه منابعی از درد در بیماران در حال احتضار محسوب میشوند . اگر بیماران هوشیار نباشند میتوان از علائم جسمی خاص و حرکات و نیز علائم عصبی عضلانی، حالات چهره یا عکس العمل آنها پی به وضعیت و درد آنان برد . اولین قدم در برطرف کردن درد بیمار به کارگیری داروهای غیر مخدر هستند و در صورتی که درد تخفیف نیافت از داروهای مخدر باید استفاده کرد . داروهای مخدر باعث ایجاد آرامش، کاهش درد و برطرف کردن اضطراب میشوند. مرفین برای این مسئله داروی انتخابی است و میتوان دوز آن را بالا برد . باید توجه نمود که اگر بیماران تحت تهویه مصنوعی نباشند ممکن است دچار دپرسیون تنفسی شوند بنابراین د ر این بیماران از داروهای غیر مخدر یا بیهوش کننده های خاص میتوان استفاده کرد. (۱۰،۳۲،۳۵،۳۸)

خستگی : یکی از شایع ترین علایم گزارش شده در انتهای زندگی است . خستگی اغلب به عنوان کاهش توان و تحمل فیزیکی و کاهش تمرکز ذهنی توصیف می شود. افراد مسن ممکن است انرژی یا تحمل فعالیت شان بدلیل شرایط حاکم بر بیماری مزمن کاهش یابد. آنچه که برای یک پرستار مهم است ایجاد یک میزان پایه برای بیان سنجش می باشد. خستگی بطور

عمومی یک علامت با علل زمینه ای مرتبط با فرایند بیماری و بدلیل کم خونی ، سوءتغذیه ، عفون ت ، دارو درمانی ، یا افسردگی می باشد. سایر علایم انتهایی زندگی مثل درد و دیس پنه ممکن است خستگی را تشدید کند. (۱۰)

دیس پنه : دلایل دیس پنه شامل پاتولوژی بیماری زمینه ای ، اضطراب و محیط می باشد. مداخلات دارویی شایع برای دیس پنه استفاده از اکسیژن، داروهای مخدر و ضد اضطراب هارا شامل می شود و کاهش درجه حرارت اتاق، کاهش تعداد افراد در اتاق در زمان واحد ، حفظ حریم شخصی بیمار و بکار بردن یک سرگرمی در فضای روبروی دید بیمار، از جمله اقدامات غیر دارویی محسوب می شود که در جهت کاهش دیس پنه موثر است. (۱۰،۳۴)

اضطراب و بیقراری : می تواند به موارد فیزیکی، عاطفی، روانی، اجتماعی، بالینی و شخصی مرتبط باشد. مشورت کردن با اعضای تیم درمان و خانواده بیمار ، رعایت ترتیب در انجام مداخلات ، ملاقات با افراد روحانی از جمله مداخلات غیر دارویی محسوب می شود و همچنین استفاده از بنزودیازپین ها و ضد افسردگی های کوتاه و طولانی اثر ممکن است ، مفید واقع شود. (۱۰،۱۱،۳۴)

افسردگی : یک مرحله معمول در انتهایی زندگی است. در صورت پایدار بودن احساس افسردگی روان درمانی حمایتی ، درمان رفتاری شناختی ، مصرف دارو های ضد افسردگی از جمله درمان های مناسب محسوب می شوند (۹،۱۰،۱۱)

دلیریوم : تغییر ناگهانی در مرحله آگاهی یا شناختی بیمار است که نشانه های اصلی آن سندرم محرومیت ، گیجی ، رفتار نامناسب و هزیان می باشند. دلیریوم در بیماران نزدیک به مرگ شایع است . مدیریت دلیریوم در مراقبت از بیمار در حال احتضار، در کنترل علایم و تسکین دیسترس های بیمار و خانواده تمرکز بیشتری دارد تا تشخیص و درمان علل پایه ای دلیریوم. بنزودیازپین ها و نورولپتیک ها (هالوپریدول) ممکن است برای کنترل علایم بکار روند. (۱۰،۱۱،۳۲)

تهوع و استفراغ : علل تهوع و استفراغ شامل: عوامل فیزیکی ،عوامل عاطفی ، درمان های مرتبط (کموتراپی) و اختلالات وستیبولار. بررسی دقیق منبع تهوع و استفراغ در نحوه مدیریت این عارضه بسیار مهم است .انواع زیادی از داروها جهت تسکین علایم بکار برده می شود. (۱۰،۱۱،۳۶)

دهیدراتاسیون : دلایل دهیدراتاسیون را در انتهایی زندگی کلهش مایعات دریافتی از راه دهان، اسهال ، استفراغ ، تب و درمانهایی مثل مصرف داروهای مدر تشکیل می دهند از اینرو علایم دهیدراتاسیون می تواند به راحتی منجر به خشکی دهان ، یبوست، گیجی و خرابی پوست شود. (۱۰،۳۶)

برنامه مراقبتی پیشرفته

برنامه ریزی مراقبت ویژه در بیمار در حال احتضار می بایست به گونه ای تنظیم شود که اولویت های فرد محتضر شناخته

شده و پیگیری شود. چرا که در مراقبت های بعدی فرد قادر به تصمیم گیری و برقراری ارتباط نخواهد بود. (۱۰، ۱۱)

مراقبت خانواده محور

مرگ بیمار در بخش مراقبت های ویژه نسبت به سایر بخش های بیمارستان، تاثیر بسیار چشمگیر و متفاوتی روی اعضای خانواده از مرگ می گذارد. این شاید به علت ماهیت استرس زا بودن محیط مراقبت ویژه یا به علت درک از توانایی درمان با خدمات پیشرفته پزشکی باشد. (۳۴) از اینرو پرستار می بایست امکان بیشترین ملاقات آزادانه را برای اعضای خانواده با بیمار در حال احتضار فراهم کند. توانایی در دیدن، لمس کردن و برقراری ارتباط با بیمار، اطمینانی، دوباره هم برای بیمار و هم خانواده را میسر می کند. پرستار می بایست با در نظر گرفتن شرایط فیزیکی و عاطفی بیمار، تسهیل در ملاقات را به همان شیوه ای که بیمار آرزو دارد، تحقق بخشد. (۹) حمایت بالینی و عاطفی از خانواده بسیار مهم است. (۳۶، ۳۴) مرگ بیمار می تواند به روش های مختلف بر روی اعضای خانواده تاثیر بگذارد. تجربه قبلی با مرگ، مهارت های سازگاری، اعتقادات فردی و مذهبی و چگونگی مواجهه با مرگ می تواند در تجربه غم تاثیر بگذارد. حمایت از داغدیدگان شامل آگاه کردن اعضای خانواده با سرویس های حمایتی، آموزش در زمینه رویارویی با مرگ و نحوه پاسخگویی در مواجهه با سوالات بعد از مرگ می شود. بسیار حائز اهمیت است که به خانواده بیمار اجازه داده شود تا اقداماتی نظیر تشریفات مذهبی را انجام دهند. پرستاران نباید اجازه دهند که اعضای خانواده در خداحافظی از بیمار مرحله اندوهگین شدن را بفرنج کرده و بر تجربه اعضای خانواده از مرگ عشقشان تاثیر منفی بگذارد. (۳۴، ۱۰) در صورت امکان باید به اعضای خانواده اجازه داده شود تا در کلیه مراحل در کنار بیمار باشند و از انجام کلیه خدمات و درمان ها برای بیمارشان اطلاع داشته باشند، چون این مسئله باعث میشود راحت تر بتوانند با مسائل پیش آمده تطابق نمایند (۳۵)

ارتباط باز و صادقانه درباره پیش آگهی و فرایند مرگ

هنگام مراقبت از افراد در انتهای زندگی ارتباطات بسیار مهم است. اهمیت آن بخاطر پیچیدگی و غیر منتظره بودن شرایط است. در این شرایط پرستاران می توانند به افرادی که در حال مرگ هستند و مراقبین آن ها که نیاز های آنها را بیان می کنند با بکارگیری یک ارتباط باز، مستقیم و صمیمی کمک کنند؛ حتی زمانی که آنها به آنچه که مراقبین بیمار می گویند مطمئن نباشند. همه ی ارتباطاتی که با فرد در حال مرگ شکل می گیرد او می شنود؛ حتی اگر قادر به پاسخ نباشد. جنبه مهم ارتباط، ایجاد و حمایت محیطی است که مناسب بیمار در حال احتضار و خانواده او باشد. اجزای اصلی یک محیط حمایتی موزیک، سکوت، صداهای طبیعی، رایحه دلپذیر، گفتگو با معشوق و پتو های گرم و دیگر موارد راحتی را شامل می شود. (۱۰، ۳۲)

آگاهی از موضوعات اخلاقی و قانونی

در سال ۲۰۱۳ مجلس و فرماندار ایالت ورمونت در آمریکا قانون مرگ با حفظ وقار را تصویب کرد. موضوعات اخلاقی و قانونی این قانون همچنان بحث برانگیز است اما اعتقاد رایج در تمام دنیا فراهم کردن مراقبت با بالاترین کیفیت از بیمار در حال احتضار می باشد. (۱۰،۳۸) برهمن اساس، منشور حقوق بیمار در ایران در سال ۱۳۸۰ توسط وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی تدوین گردید که شامل ۱۰ بند بود و مجدداً در سال ۱۳۸۸ به تمامی دانشگاه ها و بیمارستان ها ابلاغ شد. در بند ۱-۱۴ چنین آورده شده است: "در مراحل پایانی حیات که وضعیت بیمار غیر قابل برگشت و مرگ بیمار قریب الوقوع است، درمان و مراقبت ها با هدف حفظ آسایش وی باید ارائه گردد". منظور از آسایش کاهش درد و رنج بیمار، توجه به نیازهای روانی، اجتماعی، معنوی و عاطفی وی و خانواده‌هاش در زمان احتضار می باشد. بیمار در حال احتضار حق دارد در آخرین لحظات زندگی خویش با فردی که می‌خواهد همراه گردد. ارائه مراقبت خوب به بیمار در مراحل پایانی زندگی باعث می شود وی با موقعیت های محدود کننده زندگی خود تا حد امکان راحت تر زندگی کند و با احترام بمیرد. (۳۵)

مراقبت برای مراقبین

بعضی مرگ ها بر روی پرستاران نسبت به دیگران تاثیر بیشتری می گذارد، مرگ یک کودک، یک دوست یا همکار، تصادفات سهمگین، مرگ بدنبال تروما می تواند تاثیر عمیقی بر پرستار بگذارد. پرستاران ممکن است توجه به غم خودشان را به تاخیر اندازند، زیرا تقاضای واحد کاری و نیاز های اعضای خانواده را مقدم می شمارند. برای پرستاران بسیار مهم است که غمشان تشخیص داده شود و اقدامات مناسب لحاظ شود. (۱۱،۳۶) پرستاران خطرات متوسط تا زیادی را بخاطر خستگی ناشی از دلسوزی زیاد متحمل می شوند. آنچه که بطور شایع در پرستاران رخ می دهد، هنگام فراهم کردن مراقبت دلسوزانه مداوم از دیگران در شرایط پر استرس است بدون آنکه تمرینات خود مراقبتی لازم برای خود داشته باشند. استرس، تروما، اضطراب، تقاضاهای زندگی و همدلی زیاد (مراقبت بیشتر برای بیمار نیازمند، نسبت به خودش) کلیدهای شناسایی شده از خستگی ناشی از دلسوزی می باشند. (۳۶)

استراتژی مراقبت از خود شامل:

- در خواست جهت کنار گذاشتن موقت مسئولیت های مراقبتی
- تامل کردن روی احساسات بعد از حوادث
- صحبت در مورد تجربیات با همکار، دوست یا سرپرستار
- تمرکز روی آنچه که باید درست انجام شود

- حفظ سلامت فیزیکی (ورزش منظم، تغذیه مناسب، استراحت کافی و انجام فعالیت های تسکین استرس). (۱۱)

۲-۳ پرستار بخش مراقبت های ویژه

مراقبت ویژه : مراقبت از بیماران مبتلا به بیماری های حاد مخاطره آمیز حیات، تحت نظر ماهرترین پرسنل، همراه با وسایل و امکانات پیشرفته است. (۳۹،۴۰)

پرستار بخش مراقبت ویژه کسی است که از بیماران بحرانی که از صدمات یا بیماری های تهدید کننده حیات رنج می برند، مراقبت اختصاصی به عمل می آورد. (۳۲) چنین بیمارانی شرایط ناپایدار و نیاز های پیچیده دارند و نیازمند مراقبت پرستاری ویژه می باشند. بیماری ها و صدمات شایع که در بیماران بخش مراقبت های ویژه رویت می شوند عبارتند از:

- زخم گلوله
- صدمات ناشی از تروما مثل حوادث تصادفات اتوموبیل و سقوط
- اختلالات قلبی و عروقی مانند نارسایی قلبی و سندرم کرونری حاد
- جراحی ها مانند جراحی ترمیم آنوریسم آئورت شکمی، اندارترکتومی کاروتید
- اختلالات ریوی مانند نارسایی حاد تنفسی، آمبولی ریوی، بیماری انسدادی ریه
- اختلالات سیستم گوارش و کبد مثل پانکراتیت حاد، خونریزی سیستم فوقانی دستگاه گوارش، نارسایی حاد کبدی
- اختلالات کلیوی مثل نارسایی حاد و مزمن کلیوی
- سرطان ها مانند ریه، ازوفاجیال و سرطان معده
- شوک به علت هایپو ولمی، سپسیس و حوادث کاردیوژنیک
- پرستار مراقبت ویژه مسئول ایجاد اطمینان برای بیماران با شرایط بحرانی و اعضای خانواده آنان در جهت دریافت بهترین مراقبت است. یک پرستار بخش ویژه طیف وسیعی از مسئولیت ها را می پذیرد که شامل :
- مدافع حقوق بیمار بودن
- بکارگیری قضاوت بالینی
- انجام مراقبت های بالینی
- همکاری با سایر اعضای تیم درمان
- داشتن درک تفاوت های فرهنگی

- فراهم کردن آموزش برای بیمار و خانواده او (۳۲،۳۴،۱۱)

۲-۴ بخش مراقبت های ویژه

بخش مراقبت های ویژه متشکل از یک واحد چند تخصصی پزشکی و پرستاری است که مطابق موازین و مقررات علمی و با استفاده از کلیه تجهیزات، تاسیسات، امکانات، تکنولوژی پزشکی و داروهای لازم، مراقبت از بیماران با ویژگیهای خاص را بر عهده دارد. (۳۲)

از نظر ساختمانی، طرح بخش بایستی بصورت نیم دایره یا نعلی شکل (U) باشد، به نحوی که ایستگاه پرستاری در وسط آن قرار گیرد و پرستاران به کلیه بیمارانی احاطه داشته باشند (دید مستقیم). تعداد تخت های بخش ویژه نباید کمتر از ۵-۶ تخت و بیشتر از ۱۲-۱۵ تخت باشد. از نظر کنترل عفونت و ایجاد یک محیط خصوصی برای بیماران، هر تخت بایستی در یک اتاقک مجزا قرار داشته و این اتاقک ها توسط یک دیوار شیشه ای با پرستار فاصله داشته باشد. تحقیقات اخیر نشان داده است چنانچه اتاقک ها، پنجره ای به سمت بیرون داشته باشند، بیمار تحریکات حسی طبیعی را از محیط دریافت می کند و در نتیجه میزان افسردگی و محرومیت از تحریکات حسی در این افراد کمتر می شود. البته چنانچه پنجره میسر نباشد، استفاده از تقویم، ساعت، پوستر و عکس نیز موثر است. (۳۹،۴۰)

از نظر وسایل داخل هر اتاقک می توان به تخت بیمار، ساکشن، اکسیژن، پایه سرم و مانیتورینگ را نام برد. تمامی وسایل باید به گونه ای چیده شوند که پرسنل راحتی بتوانند در اطاق کار کرده و دسترسی کافی به بیمار و وسایل داشته باشند. بالای تخت بیمار بایستی از فضای کافی جهت لوله گذاری بیمار برخوردار باشد. در ورودی نیز باید به شکلی باشد که بتوان راحتی بیمار را با تخت و وسایل آن داخل یا خارج نمود. در بخش نیز بایستی دفیبریلاتور، ونتیلاتور، ترالی داروها، وسایل اورژانس، انواع لوله تراشه استریل در سایزهای مختلف، برونکوسکوپ و لارنگوسکوپ موجود باشد. همچنین در ایستگاه پرستاری باید مانیتورینگ مرکزی مجهز به سیستم اخباری وجود داشته باشد تا در مواقع خطر و تغییر علائم حیاتی بیمار، هشدار دهد. علاوه بر مانیتورینگ، سیستم های دیگری جهت اندازه گیری فشارخون، نبض، درجه حرارت، فشار ورید مرکزی، درپیر، فشار وج ریوی^۱ جهت تنظیم قطرات سرم های وریدی و خون لازم است. محل استراحت پرستاران بایستی در محلی نزدیک بخش و در دسترس باشد. جهت کنترل عفونت در فواصل زمانی مشخص، بایستی از قسمتهای مختلف و وسایل بخش نمونه برداری و کشت به عمل آید تا عفونتهای احتمالی تشخیص و برطرف گردد. (۳۹،۴۰،۳۲)

بخش های ویژه بر خلاف تصور عموم، ملاقات ممنوع نیستند و در اولین فرصت ممکن و یا هر زمان که لازم باشد، بستگان

درجه یک بیمار و یا افرادی که وابستگی به بیمار دارند، می توانند به ملاقات وی بروند. بنابراین در بخش های ویژه ملاقات

1 - Pulmonary capillary wedge pressure

نسبی وجود دارد.

مسئول بخش های ویژه ای سی یو معمولاً یک متخصص بیهوشی و بخش های سی سی یو یک متخصص قلب است. از نظر پرسنل پرستاری در بخش های ای سی یو به ازاء هر بیمار، یک پرستار لازم است ولی در بخش های سی سی یو به ازاء هر ۲ تا ۳ بیمار، یک پرستار کافی است. (۳۹،۴۰)

۲-۵ مروری بر متون

به منظور یافتن مطالعات و منابع مرتبط با بررسی مقایسه ای پیامد های مراقبت از بیماران در حال احتضار بر پرستاران بخش ویژه از پایگاههای اطلاعاتی موجود در کتابخانه دیجیتال پزشکی ایران استفاده گردید. پس از جستجو، ۸ مقاله مناسب از نظر پوشش جنبه های مختلف پیامد های مراقبت از بیماران در حال احتضار انتخاب و مطالب مرتبط استخراج گردید.

۱. باقریان (۲۰۰۸) در یک تحقیق توصیفی تحلیلی با عنوان بررسی نگرش پرستاران در مراقبت از بیماران در حال احتضار در بیمارستان ولی عصر و مرکز سرطان تهران که بر روی ۱۲۰ پرستار انجام داد و ابزار گرد آوری داده ها دو پرسشنامه دی ای پی ار^۱ و^۲ فات کاد و پرسشنامه اطلاعات دموگرافیک بودند و داده ها به شیوه خود گزارش دهی جمع آوری شدند، که این نتایج بدست آمد. اکثر پاسخ دهنده ها به مرگ، به عنوان بخش طبیعی و راهی برای رسیدن به زندگی بعد از مرگ اشاره کردند. بیشتر پرستاران تمایل به مراقبت از بیماران در حال مرگ و حمایت عاطفی از خانواده های آنها را داشتند؛ اما آنها دوست نداشتند درباره مرگ با بیماران یا خانواده های آنها صحبت کنند یا به آنها آموزشی در این زمینه دهند. بسیاری از پرستاران دوست نداشتند که بیماران یا خانواده های آنها تصمیم گیرنده باشند و تمایل به درگیر کردن بیمار و خانواده های آنها در امر مراقبت نداشتند. نگاه شخصی پرستاران مانند تجربه شخصی آنها تحت تاثیر نگرش آنها نسبت به مرگ و مراقبت از بیماران در حال مرگ می باشند. عدم آموزش و تجربه و محدودیت های فرهنگی و شغلی از عواملی هستند که در ایجاد نگرش منفی پرستاران مورد مطالعه نسبت به مرگ و مراقبت از بیماران در حال مرگ دخیل می باشند. به نظر می رسد ایجاد محیط تعاملی که پرستاران بتوانند احساسات خود را درباره مرگ و مردن بیان کنند روشی مؤثر برای شناسایی عوامل تاثیر گذار در تعامل پرستار با بیمار در حال مرگ می باشد. (۲۰) در نقد بین این پژوهش با پژوهش حاضر می توان گفت، تحقیق فوق با هدف بررسی نگرش پرستار به امر مراقبت پرداخته در حالیکه هدف پژوهش حاضر بررسی پیامد های مراقبت بر شخصیت پرستاران می باشد.

1 - Death Attitude Profile Revised (DAP-R)

2 - Frommelt Attitude Towards Caring for Dying patients (FATCOD)

۲. محمد ابو هاشم (۲۰۱۳) مطالعه ای توصیفی تحلیلی با عنوان ویژگی پرستاران و نگرش آنها نسبت به مرگ و مراقبت از بیماران در حال مرگ در یک بیمارستان دولتی در اردن بر روی ۱۵۵ پرستار انجام داد. ابزار گردآوری داده ها دو پرسشنامه دی ای پی آر و فات کاد به همراه پرسشنامه اطلاعات دموگرافیک بودند. داده ها به شیوه خودگزارش دهی جمع آوری شدند. نتایج مطالعات نشان داد که همبستگی زیادی بین نگرش پرستاران به مرگ و مراقبت از بیمار در حال مرگ وجود دارد. پرستاران مسن تر با تجربه کاری بیشتر نگرش مثبت تری به مرگ و مراقبت از بیماران در حال مرگ دارند در صورتیکه پرستاران بی تجربه نگرش منفی تری داشتند و به خاطر ترس از مرگ، حتی از اندیشیدن به مرگ نیز اجتناب می کردند. (۶)

۳. هیوات کاسا (۲۰۱۴) مطالعه ای توصیفی مقطعی با عنوان بررسی دانش، نگرش، عملکرد بالینی و فاکتورهای همراه با مراقبت تسکینی در ارتباط با پرستاران شاغل در بیمارستان های منتخب، آدیس آبابا اتیوپی بر روی ۳۴۱ پرستار از ژانویه ۲۰۱۲ تا می ۲۰۱۲ انجام داد. این تحقیق در دو بیمارستان غیردولتی حیات و دولتی بلک لیون انجام شده است. ابزار گردآوری اطلاعات دو پرسشنامه فات کاد و^۱ پی سی کیوان و سوالات بالینی بودند. داده ها به شیوه سرشماری جمع آوری شده است. نتایج مطالعات نشان داد که از کل شرکت کنندگان ۱۰۴ (۳۰.۵٪) دانش خوب و ۲۵۹ (۷۶٪) موافق اجرای مراقبت های تسکینی بودند. همچنین مداخلات پزشکی و بخش های جراحی و آموزش در زمینه مراقبت تسکینی با دانش پرستاران ارتباط مستقیم داشتند. پرستارانی که در بیمارستان غیردولتی حیات کار می کردند ۷۱.۵٪ نگرش منفی تری به مراقبت های تسکینی داشتند نسبت به پرستارانی که در بیمارستان دولتی بلک لیون کار می کردند. در زمینه دانش به لحاظ عملی اکثریت پاسخ دهندگان ۲۶۰ (۷۶.۲٪) عملکرد ضعیف داشتند. با توجه به نتایج این تحقیق پرستاران با وجود اینکه از دانش و مهارت بالینی کمی برخوردار بودند، اما نگرش آنها نسبت به مراقبت تسکینی مطلوب بود. (۲۹)

در نقد بین پژوهش فوق با پژوهش حاضر می توان گفت، پژوهش فوق با هدف بررسی دانش و نگرش و عوامل همراه با مراقبت تسکینی در ارتباط پرستاران انجام شده در حالیکه هدف پژوهش حاضر بررسی پیامدهای مراقبت بر پرستاران بوده است. از تفاوت های دیگر این دو تحقیق، تفاوت در ابزار گردآوری داده ها است. از نقاط قوت پژوهش فوق بررسی سطح دانش پرستاران در امر مراقبت می باشد.

۴. رزبان (۲۰۱۵) در یک مطالعه توصیفی مقطعی با عنوان بررسی نگرش پرستاران به مراقبت تسکینی در جنوب شرق ایران پرداخت. این مطالعه که بر روی ۱۴۰ پرستار شاغل در بخش های مراقبت های ویژه ای سی یو و انکولوژی از سه

بیمارستان وابسته به دانشگاه علوم پزشکی کرمان انجام شد ، ابزار گردآوری داده ها یک پرسشنامه خود ساخته جهت بررسی نگرش پرستاران و کمک پرستاران در امر مراقبت تسکینی بود . ابزار از نظر اعتبار محتوا نمره (۰.۹۶.۸) را به خود اختصاص داد و از نظر قابلیت اطمینان از مقیاس، ضریب آلفا (۰.۹۲) بود. در نتیجه روایی و پایایی این ابزار قابل قبول می باشد. داده ها به شیوه سرشماری جمع آوری شدند که نتایج زیر بدست آمد. شرکت کنندگان نگرش منفی به سمت نرمال به مراقبت تسکینی داشتند. در میان تمام دسته بندی ها ، بالاترین میانگین نمره از دسته بندی آمادگی بیمار با میانگین ۳.۶۶ و کمترین نمره از دسته بندی مربوط به قطع درمان با میانگین متوسط ۲.۴۴ بدست آمد. همبستگی چشم گیری بین نگرش پرستاران به مراقبت تسکینی و بعضی ویژگیهای دموگرافیک وجود داشت (۲۱) در نقد این پژوهش می توان اشاره کرد که نتایج به جنبه های منفی مراقبت از بیمار در حال احتضار اشاره دارد، در حالیکه در پژوهش حاضر علاوه بر جنبه های منفی، به جنبه های مثبت این امر نیز پرداخته خواهد شد.

۵. یوسف (۲۰۱۵) در یک مطالعه توصیفی مقطعی با عنوان اولویت دادن به مراقبت های تسکینی ، ارزیابی برنامه درسی پرستاری کارشناسی ، دانش و نگرش پرستاران در مراقبت انتهایی زندگی بیماران در بیمارستان های منتخب وابسته به دانشگاه طائف در عربستان سعودی انجام گرفت. این مطالعه بر روی ۱۰۰ پرستار شاغل در بخش های مراقبت های ویژه ای سی یو و همه اعضای هیئت علمی گروه پرستاری در کالج دانشگاه علوم پزشکی طائف از تاریخ ۱/۴/۲۰۱۴ تا ۷/۱۲/۲۰۱۴ انجام گرفت. ابزار گردآوری داده ها دو پرسشنامه خود گزارش دهی بزرگ بود که پرسشنامه اول، شامل ۳ بخش (بخش اول: اطلاعات دموگرافیک، بخش دوم اطلاعات مربوط به بررسی دانش پرستاران درباره مراقبت های پایان زندگی و بخش سوم مقیاس لیکرت در بررسی نگرش پرستاران در مراقبت از بیماران در حال احتضار) بود و پرسشنامه دوم مجموعه اطلاعات کاربردی در مورد کفایت محتوای مراقبت تسکینی در برنامه درسی کارشناسی پرستاری از اعضای هیات علمی بود . داده ها به صورت سر شماری جمع آوری شدند، که نتایج زیر بدست آمد . بیش از نیمی از پرستاران دانش کمی در مورد مراقبت تسکینی داشتند، اما بسیاری از آنها خصوصا دارندگان مدرک فوق دیپلم نگرش مثبت در مورد مراقبت پایان زندگی داشتند. این در حالی بود که تعداد زیادی از اعضای هیئت علمی محتوای برنامه آموزشی پرستاری را به عنوان “مراقبت انتهایی از عمر”^۱ نامناسب تلقی کردند اما آنها بر اهمیت “مراقبت انتهایی از عمر” به عنوان بخشی از برنامه درسی پرستاری موافقت کردند . آنها همچنین متوجه شدند که محتوای نامناسب، نبود آموزش ویژه برای پایان زندگی و نبود بیمارستان ویژه دولتی در این زمینه ، بزرگترین موانع برای بهبود مراقبت انتهایی از عمر می باشند. نتیجه اینکه بیشتر شرکت کنندگان نیاز بسیاری به آموزش در زمینه مراقبت تسکینی داشتند و محتوای آموزشی مراقبت های تسکینی برای برنامه های مقطع کارشناسی پرستاری کافی

بود (۸) در نقد این پژوهش با پژوهش حاضر می توان گفت، پژوهش فوق در یک مطالعه توصیفی مقطعی به محتوای آموزشی پرستاری مراقبت از بیمار در حال مرگ و بررسی ارتباط سطح دانش پرستاران با امر مراقبت پرداخته در حالیکه پژوهش حاضر در یک مطالعه توصیفی تحلیلی به بررسی پیامدهای مراقبت از بیمار در حال احتضار بر پرستاران بخش های ویژه خواهد پرداخت.

۶. ایرانمنش (۲۰۱۰) مطالعه ای توصیفی تحلیلی با عنوان مقایسه نگرش دانشجویان ایران و سوئد در مراقبت از بیماران در حال احتضار انجام داد. از بین ۲۲۳ شرکت کننده در این تحقیق ۱۱۰ دانشجویان ایران و ۱۱۳ دانشجویان سوئد بودند. ابزار گردآوری داده ها دو پرسشنامه فات کاد و دی ای پی آر و پرسشنامه اطلاعات دموگرافیک بودند که قبل از اجرای طرح جهت انجام ملاحظات اخلاقی، پرسشنامه ها توسط مسئولین هر دو دانشگاه تهران در ایران و لولنا در سوئد مورد تایید قرار گرفتند. داده ها به شیوه خود گزارش دهی جمع آوری شد. نتایج نشان داد که دانشجویان ایرانی نسبت به دانشجویان سوئدی بیشتر از مرگ می ترسند و کمتر دوست دارند از بیماران در حال مرگ مراقبت کنند. (۴۱)

۷. بنازاده (۲۰۱۵) مطالعه ای توصیفی همبستگی با عنوان درک پرستاران از رفتارهای حمایتی در فراهم کردن مراقبت پایان عمر و همبستگی آنها با فاکتورهای دموگرافیک انجام داد. این تحقیق بر روی ۱۵۱ پرستار شاغل در بخشهای اطفال دو بیمارستان شهید باهنر و افضل پور دانشگاه علوم پزشکی کرمان انجام شد. ابزار گردآوری داده ها دو پرسشنامه^۱ پی اس بی ام و پرسشنامه اطلاعات دموگرافیک بودند. داده ها به شیوه خود گزارش دهی جمع آوری شدند، که این نتایج بدست آمد. بالاترین نمرات در مقیاس پی اس بی ام در طبقه بندی مرتبط با مراقبت حرفه ای : متعلق به موارد احترام، فراهم کردن مرگ آرام، صحنه وقار بالین برای خانواده هنگامیکه کودک فوت شده است (۵.۷۵) بود و کمترین نمره مربوط به اجازه دادن به رهبران مذهبی جهت انجام مراقبت اولیه از خانواده عزادار (۱.۰۸) در طبقه بندی مربوط به سازمانی بود. همچنین همبستگی بین درک پرستاران از میزان رفتارهای حمایتی و خصوصیات دموگرافیک آنها شامل تجربه مرگ دوستان صمیمی ، آموزش های قبلی از مرگ و مردن و مراقبت از تعداد بچه های در حال مرگ وجود دارد. این مطالعه نشان داد که شخصیت پرستاران و تجربه حرفه ای ممکن است روی درک آنها از رفتارهای حمایتی در فراهم کردن مراقبت پایان عمر تاثیر بگذارد (۴۲) در نقد بین پژوهش فوق با پژوهش حاضر ، پرداختن به امر مراقبت از بیمار در حال احتضار نقطه مشترک می باشد و مهم ترین تفاوت های این دو پژوهش روش تحقیق، جامعه آماری و ابزار گردآوری داده ها می باشد. پژوهش فوق به روش توصیفی همبستگی و بر روی جامعه پرستاران شاغل در بخش های اطفال با ابزار گردآوری پی اس بی ام انجام شده در حالیکه پژوهش حاضر به

1 - perceived supportive behavior magnitude(PSBM)

شیوه توصیفی تحلیلی در پرستاران شاغل در بخش های مراقبت ویژه بزرگسال با ابزار گردآوری ای او ال سی ای اس^۱ می باشد.

۸. مهری یآوری (۱۳۹۲) مطالعه ای کیفی با عنوان تجربه پرستاران از مواجهه با مرگ بیمار، در بیمارستان های وابسته به علوم پزشکی مشهد را انجام داد. محقق با ۱۲ پرستار شاغل در بخش های مراقبت ویژه، خون، سرطان و سوختگی که با میزان مرگ و میر بالایی در ارتباط بودند مصاحبه کرد، داده ها با استفاده از روش ون مانن تجزیه و تحلیل شدند. نتایج تحقیق به شرح زیر است: پنج مضمون شامل فرسایش روانی، تعامل و ارتباط معیوب، مراقبت توأم با استرس، احساس غم و اندوه و عادی شدن استخراج شد. یافته ها نشان دادند که افزایش سابقه کار و مواجهه مکرر با مرگ راهکار های مقابله ای را در پرستاران بهبود می بخشد و پیشنهاد می شود که با توجه به اینکه پرستاران مشکلات جدی را تجربه می کنند، آنها برای سازگاری با مشکلات نیازمند حمایت سازمانی و خانوادگی هستند. نادیده گرفتن نیاز های پرستاران، دستاورد های جبران ناپذیری بر آنان و بیماران نشان خواهد داد. (۴۳)

بر اساس مطالعات انجام شده می توان نتیجه گرفت که بیشتر مطالعات، اثرات منفی مراقبت از بیمار در حال احتضار بر روی پرستاران سنجیده است. توجه به نتایج مطالعه کیفی یآوری مشاهده می شود که با گذشت زمان قدرت سازگاری پرستاران با مرگ بیمار و همچنین تعامل و ارتباط آن ها با بیمار و همراهان توسعه می یابد و پاسخ های مناسب تری برای بیمار و نزدیکانش دارند. که این نشان از بهزیستی روانشناختی در فرد می باشد، بهزیستی روانشناختی، نقش بازدارنده و تعدیل کننده در مقابل مسائل و مشکلات دارد و تلاش برای کمال در جهت تحقق تواناییهای بالقوه واقعی فرد می باشد. بنابراین بر آن شدیم تا مطالعه ای با هدف بررسی پیامدهای مثبت و منفی مراقبت از بیمار در حال احتضار بر پرستاران بخش های وی ژه را انجام دهیم.

^۱-End of Life Caregiving Appraisal Scale (EOLCAS)

فصل سوم :

روش پژوهش

۳-۱ نوع پژوهش:

پژوهش حاضر یک مطالعه توصیفی-تحلیلی است.

۳-۲ جامعه پژوهش:

جامعه آماری این پژوهش متشکل از کلیه پرستاران شاغل در بخش های مراقبت های ویژه بیمارستان های وابسته به

دانشگاه علوم پزشکی شهر قزوین (بیمارستان های ولایت، رجایی، کوثر، بوعلی) می باشد.

۳-۳ محیط پژوهش:

در این مطالعه بخش‌های ای سی یو و سی سی یو واقع در بیمارستان‌های دانشگاهی شهر قزوین به عنوان محیط پژوهش

انتخاب شدند.

۳-۴ نمونه پژوهش:

نمونه پژوهش شامل ۱۲۰ پرستار بود.

۳-۵ روش نمونه گیری: با توجه به اینکه تعداد پرستاران شاغل در بخش های ویژه ای سی یو و سی سی یو بیمارستان

ه‌ای دانشگاهی شهر قزوین محدود می‌باشد از این رو از روش نمونه‌گیری سرشماری برای انجام پژوهش حاضر استفاده شد.

۳-۶ معیارهای ورود به مطالعه:

- پرستارانی بودند که حداقل یک سال سابقه کار در بخش های ویژه را داشتند.
- کلیه واحدهای مورد پژوهش حداقل فارغ التحصیل مقطع کارشناسی پرستاری بودند.

۳-۷ معیارهای خروج از مطالعه:

- پرستارانی که سابقه مشکلات روحی و روانی یا مصرف داروهای روان گردان را بیان کردند.
- پرستارانی که عدم تعادل روحی و روانی به دلیل تجربه استرس شدید را بیان کردند.

۳-۸ روش اجرا و طراحی تحقیق:

پس از دریافت معرفی نامه از مسئولین دانشگاه، پژوهشگر با کسب اجازه از مسئولین بیمارستان ها و مسئولین بخش ها در

سه شیفت کاری صبح، عصر و شب به مراکز مراجعه کرد. پس از توضیح اهداف مطالعه به واحدهای مورد پژوهش در مورد

نحوه تکمیل پرسشنامه و اطمینان دادن به آنها در مورد محرمانه بودن پاسخ ها، از واحدهای مورد پژوهش درخواست شد که

سوالات را مطالعه کنند. پژوهشگر آنها را تنها گذاشت تا بطور آزادانه پاسخ خود را انتخاب کنند. پرسشنامه های تکمیل شده

در همان روز از واحد های مورد پژوهش جمع آوری شد.

ابزار گردآوری داده‌ها شامل یک پرسشنامه مشتمل بر دو بخش بود. بخش اول جهت جمع آوری اطلاعات دموگرافیکی افراد طراحی شده بود که شامل سن، جنس، وضعیت تاهل، سطح تحصیلات، سابقه کار در بخش ویژه بود.

بخش دوم پرسشنامه شامل مقیاس ارزیابی مراقبت از بیمار در حال احتضار بود. این مقیاس در چهار بعد "رنج جسمانی"^۱ (۹ گویه) که شامل سوالات ۱-۸ و ۲۷ می‌باشد، بعد "بالیدگی"^۲ (۸ گویه) که شامل سوالات ۹-۱۶ می‌باشد، بعد "فشار"^۳ (۹ گویه) که شامل سوالات ۱۷-۲۴ و ۲۸ می‌باشد و "حمایت اجتماعی"^۴ (۶ گویه) که شامل سوالات ۲۵ و ۲۶ و ۲۹ - ۳۲ می‌باشد، دسته‌بندی شده است که در مجموع شامل ۳۲ گویه است، که شرکت‌کنندگان بایستی هر یک از گویه‌ها را بصورت لیکرت پنج گزینه‌ای (کاملاً مخالفم (۱)، مخالفم (۲)، نظری ندارم (۳)، موافقم (۴)، کاملاً موافقم (۵)) پاسخ می‌دادند. از این مقیاس برای جمع آوری پیامدهای مراقبت از بیمار در حال احتضار استفاده شده است. با توجه به اینکه این ابزار تا به حال در مطالعات داخلی استفاده نشده بود. محقق بر آن شد، ابتدا ابزار را روانسنجی کند. روان‌سنجی به معنی تعیین اعتبار ابزار مشتمل بر روایی و پایایی است. روایی عبارت است از اندازه‌گیری متغیرهای مورد مطالعه بطور دقیق، به عبارت دیگر اندازه‌گیری زمانی دارای اعتبار است که آنچه مد نظر است را اندازه‌گیری کند و نه چیز دیگری را. روایی و پایایی ابزار در ۳ مرحله انجام شد:

الف- تهیه نسخه فارسی پرسشنامه ارزیابی مراقبت از بیمار در حال احتضار که خود شامل مراحل زیر خواهد

بود:

۱. ترجمه پرسشنامه به زبان فارسی:

دو نفر از افراد مسلط به هر دو زبان انگلیسی و فارسی و آشنا به پژوهش به طور جداگانه و مستقل نسخه انگلیسی پرسشنامه را به فارسی ترجمه کردند. در این مرحله از مترجمین خواسته شد که در عین وفادار بودن به متن انگلیسی در هنگام ترجمه پرسشنامه به زبان فارسی، از ترجمه تحت اللفظی خودداری نمایند. در نهایت در این مرحله دو ترجمه فارسی مستقل از پرسشنامه ارزیابی مراقبت از بیمار در حال احتضار به دست آمد.

۲. مرحله تحلیل و ترکیب ترجمه‌های فارسی به دست آمده:

در این مرحله دو ترجمه فارسی پرسشنامه توسط مترجمین مورد بررسی و بازبینی قرار گرفت. این افراد پس از بررسی هر دو ترجمه و بحث در مورد تفاوت‌های موجود بین آن دو به رفع اختلاف‌های موجود بین دو ترجمه پرداخته و نهایتاً با در نظر گرفتن تمام گزینه‌ها برای معادل‌سازی کلمات یا اصطلاحات یک نسخه فارسی واحد از پرسشنامه را تهیه کردند.

-
- 1- Physical suffering
 - 2- Maturation
 - 3- burden
 - 4- social support

۳. برگردان به زبان انگلیسی:

در این مرحله یک فرد مسلط به هر دو زبان انگلیسی و فارسی (متفاوت از دو مترجم اولیه) که هیچ اطلاعی از نسخه انگلیسی پرسشنامه و نیز تحقیق و مراحل آن نداشت، نسخه فارسی واحد به دست آمده از مرحله قبل را به زبان انگلیسی ترجمه کرد.

۴. مرحله تحلیل و ترکیب ترجمه های انگلیسی به دست آمده:

نسخه ترجمه انگلیسی بدست آمده با نسخه اصلی انگلیسی پرسشنامه مقایسه شد. که از لحاظ مفهوم گویه ها بسیار به هم نزدیک بودند. (۵۳)

ب- تعیین روایی نسخه فارسی اولیه پرسشنامه ارزیابی مراقبت از بیمار در حال احتضار:

۱. روایی صوری:

در این مرحله پرسشنامه در اختیار ۲۰ نفر از پرستاران بخش مراقبت ویژه، جهت کاهش و حذف گویه های نامتناسب^۱ و تعیین اهمیت هر یک از گویه ها قرار گرفت. از روش کمی تأثیر آیت^۲ (مقیاس لیکرت ۵ آیتی از کاملاً مهم (۵) تا اصلاً اهمیت ندارد (۱)) استفاده شده است. در صورتی که نمره تأثیر به دست آمده برای هر گویه از نمونه ۲۰ نفره پرستاران بیش از ۱/۵ باشد، گویه برای تحلیل های بعدی مناسب تشخیص داده شده و حفظ می گردد. (۴۴،۴۵)

تأثیر گویه = فراوانی(٪) × اهمیت آن

منظور از فراوانی بر حسب درصد، تعداد افرادی است که به گویه امتیاز ۴ و ۵ داده اند و منظور از اهمیت، میانگین نمره اهمیت بر اساس طیف لیکرتی مذکور است. با توجه به اینکه میانگین و انحراف معیار نمرات اخذ شده هیچ یک از گویه های پرسشنامه کمتر از ۱/۵ نبود بنابراین هیچ یک از گویه های پرسشنامه حذف نگردید.

۲. روایی محتوا^۳

روایی محتوا به این موضوع می پردازد که سؤالات ابزار به چه میزانی معرف محتوا و هدف آن موضوع است. شاخص روایی محتوا رایج ترین روش کمی مورد استفاده پژوهشگران است. تعیین روایی محتوا در مقیاس های چن^۳ گزینه ای بوده و اساس این روش بر میزان مرتبط بودن گویه ها بر پایه قضاوت خبرگان بنا نهاده شده است. (۵۴،۴۶) در این بخش از دو روش روایی محتوای کیفی و کمی استفاده شد.

1 - Item Reduction
2 - Item Impact Method
3 - Content Validity

الف: روایی محتوا به روش کیفی: در این روش، ابزار به ۱۵ نفر افراد متخصص داده شد و از آنها درخواست شد تا پس از

بررسی کیفی پرسشنامه براساس معیارهای رعایت دستور زبان، استفاده از واژه‌های مناسب^۱، قرارگیری عبارات در جای مناسب خود^۲ و امتیاز دهی مناسب^۳، بازخورد لازم را ارائه دهند. (۴۶)

ب: روایی محتوا به روش کمی: برای تأیید روایی محتوا به روش کمی، از محاسبه نسبت روایی محتوا^۴ و شاخص روایی محتوا^۵ استفاده شد.

- **نسبت روایی محتوا:** در بررسی ضرورت وجود گویه، نسبت روایی محتوا مورد استفاده قرار گرفت. هدف نسبت روایی محتوا، اطمینان یافتن از این است که مهم ترین و صحیح ترین محتوا (ضرورت عبارت) انتخاب شده است. بدین منظور، محقق پرسشنامه طراحی شده را همراه با برگه حاوی توضیحات لازم در اختیار ۱۵ نفر از متخصصان مربوطه قرار داد و از ایشان درخواست گردید تا هر گویه را براساس نمره ۳ قسمتی (۱. ضروری نیست^۶، ۲. مفید است اما ضروری نیست^۷، ۳. ضروری است^۸) بررسی نمایند (۵۳،۴۷) در صورتی که عدد حاصله از عدد جدول لاوشه^۹ (برای تعیین حداقل ارزش شاخص) از ۴۹٪ (براساس ارزیابی ۱۵ نفر از متخصصان) بزرگ تر باشد حاکی از این است که وجود عبارت مربوطه با سطح معری داری آماری ($P < 0.05$) در این ابزار ضروری و مهم است. (۵۳،۵۱،۴۸)

جهت محاسبه نسبت روایی محتوا از فرمول زیر استفاده شده است:

$$CVR = \frac{ne - N/2}{N/2}$$

در فرمول فوق ne تعداد متخصصانی است که به گویه، نمره "ضروری است" را داده‌اند و N تعداد متخصصان است.

روایی نسبت محتوا به تفکیک برای پرسشنامه مربوط به ارزیابی مراقبت از بیمار در حال احتضار در جدول شماره ۱۶-۴ آورده شده است.

- **شاخص روایی محتوا:** از این شاخص جهت محاسبه سه معیار «سادگی و روان بودن^{۱۰}»، «مربوط بودن^{۱۱}» و «وضوح یا

شفاف بودن^{۱۲}» از طیف لیکرت ۴ قسمتی به شکل زیر استفاده شد:

-
1. Wording
 - 2- Item Allocation
 - 3- Scaling
 - 4- Content Validity Ratio (CVR)
 - 5- Content Validity Index (CVI)
 - 6- Not Necessary
 - 7- Helpful but Not Necessary
 - 8- Necessary
 - 9- Lawshe
 - 10- Simplicity

- معیار سادگی و روان بودن: پیچیده است، نیاز به بازبینی جدی دارد، ساده است اما نیاز به بازبینی دارد، کاملاً ساده است.
 - معیار مرتبط بودن: ۱. اصلاً مرتبط نیست^۳، ۲. تا حدودی مرتبط است^۴، ۳. نسبتاً مرتبط است^۵، ۴. کاملاً مرتبط است^۶.
 - معیار وضوح و شفاف بودن: ۱. مبهم است، نیاز به بازبینی جدی دارد، واضح است اما نیاز به بازبینی دارد، کاملاً واضح است.
- (۵۳،۵۴) در صورتی که تعداد متخصصین در این قسمت ۱۵ نفر باشد بر اساس دستورالعمل لین^۷ گویه‌های با امتیاز بیش از ۰.۷۹ در پرسشنامه باقی خواهد ماند. اگر نمره شاخص روای محتوا بین ۰.۷۰ - ۰.۷۹ باشد عبارت مورد نظر سؤال برانگیز بوده و به اصلاح و بازنگری نیاز دارد و اگر نمره شاخص روای محتوا کمتر از ۰.۷۰ باشد عبارت مورد نظر غیر قابل قبول بوده و بایستی حذف گردد. (۵۷،۵۳،۵۵،۴۹)

فرمول مورد استفاده برای شاخص روای محتوا در این مرحله عبارت بود از:

"تعداد کل نمره دهندگان / تعداد افرادی که به سؤال مربوطه نمره ۳ یا ۴ داده‌اند: شاخص روایی محتوا"

در نتایج بدست آمده از این بخش، هیچکدام از سؤالات پرسشنامه بر اساس دستورالعمل لین امتیاز کمتر از ۰.۷۹ دریافت نکرده و در نتیجه حذف نگردیدند. شاخص روای محتوا به تفکیک برای پرسشنامه مربوط به ارزیابی مراقبت از بیماران در حال احتضار در جدول شماره ۱۵-۴ آورده شده است.

ج- تعیین پایایی^۸ نسخه فارسی پرسشنامه ارزیابی مراقبت از بیمار در حال احتضار :

در این مرحله، جهت تعیین پایایی ابزار از پایایی همسانی درونی^۹ و ثبات داخلی استفاده شد. همسانی درونی یا سازگاری درونی بیشتر به بررسی همسانی یا یکنواختی اجزاء تشکیل دهنده یک آزمون می‌پردازد. بدین صورت که پاسخ‌های داده شده به سؤالات مختلف از نظر ظاهری یکسان و از نظر معنایی با هم همخوانی داشته باشند. در این مطالعه برای اندازه‌گیری همبستگی درونی از ضریب آلفای کرونباخ^{۱۰} استفاده شد. آلفای کرونباخ معرف میزان تناسب گروهی از گویه‌هاست که یک سازه را می‌سنجند (ضریب آلفای کرونباخ، همبستگی گویه با گویه را نیز اندازه‌گیری می‌کند). (۵۸،۴۶) برای داشتن همسانی درونی در حد خوب و کافی، میزان آلفای کرونباخ اگر بیشتر از ۰.۷ باشد پایایی خوب و اگر بین ۰.۵ تا ۰.۷ باشد متوسط و اگر کمتر از ۰.۵ باشد پرسشنامه فاقد پایایی لازم است. (۵۶،۵۰)

-
- 1- Relevancy
 - 2- clarity
 - 3 - Not Relevant
 - 4 - Somewhat Relevant
 - 5 - Quite Relevant
 - 6 - Very Relevant
 - ۷-Lynn
 - 8 - Reliability
 - 9 - Internal consistency
 - 10 - Cronbach's coefficient alpha

ارزیابی ثبات نیز از طریق روش آزمون بازآزمون انجام پذیرفت. نکته مهم در این روش، فاصله زمانی بین دو آزمون است. فاکس^۱ معتقد است فاصله زمانی بین دو آزمون باید تا حدی باشد که از طرفی فراموشی عبارات ابزار اتفاق بیفتد و از طرف دیگر تغییر در پدیده مورد اندازه گیری رخ ندهد. (۵۴،۵۱)

برنز و گراو^۲ این فاصله زمانی را دو هفته تا یک ماه پیشنهاد کرده اند (۵۲). پرستاران پرسشنامه را در دو مرحله، با فاصله زمانی دو هفته تکمیل کردند و سپس نمرات کسب شده در این دو مرحله با استفاده از آزمون شاخص همبستگی درون خوشه ای با هم مقایسه شد. شایان ذکر است که قابل قبول ترین آزمون آماری، برای محاسبه میزان پایایی (ثبات)، آزمون شاخص همبستگی درون خوشه ای است. ضریب همبستگی درون خوشه ای بالای ۰.۷ برای تحقیقات مبتنی بر جامعه و ضریب بالای ۰.۹ برای کاربرد بالینی به عنوان ضریب پایا در نظر گرفته می شود. (۵۵،۵۱) در این پژوهش بخش ای سی یو بیمارستان ولایت جهت انجام آزمون در نظر گرفته شد. تعداد ۲۷ نفر در این بخش به سوالات در دو مرحله پاسخ دادند بعد از بررسی یک به یک سوالات از طریق نرم افزار اس پی اس اس^۳، ضریب پایایی محاسبه شد. نتیجه بدست آمده از این قسمت به تفکیک برای پرسشنامه مربوط به ارزیابی مراقبت از بیماران در حال احتضار در جدول شماره ۴-۱۷ ارائه شده است.

۳-۹ روش جمع آوری و تجزیه و تحلیل داده ها :

در این پژوهش جهت توصیف داده های جمع آوری شده از شاخص های آمار توصیفی از جمله توزیع فراوانی، درصد فراوانی، انواع جدول ها و نمودارهای آماری استفاده شده است. از طریق پرسشنامه اطلاعات مورد نیاز جمع آوری و با استفاده از نرم افزار اس پی اس اس مورد بررسی قرار گرفتند. جهت تعیین پیامد های مراقبت از بیمار در حال احتضار بر پرستاران شاغل در بخش های ویژه ای سی یو، سی سی یو و مقایسه آنها با هم، از آزمون های آماری^۴ من ویتنی جهت مقایسه متغیر های کیفی دو جامعه و همبستگی اسپیرمن^۵ جهت بررسی رابطه بین متغیر های کمی با پیامد ها استفاده شده است.

۳-۱۰ ملاحظات اخلاقی:

پژوهشگر معرفی نامه کتبی دانشکده پرستاری مامایی دانشگاه علوم پزشکی قزوین را به بیمارستان های مربوطه ارایه و مجوز انجام پژوهش را دریافت نمود و هدف از انجام پژوهش برای مسئولین محیط پژوهش توضیح داده شد.

- رضایت کتبی آگاهانه و داوطلبانه از شرکت کنندگان اخذ گردید .
- احترام و بزرگ داشت شأن انسانی مشارکت کنندگان در پژوهش حفظ شد.

1 - fox

2-Grove& Burns

3- SPSS

۳- Mann-Whitney test

۴- Spearman's rho

- رعایت اخلاق در جمع آوری داده ها، تحلیل، ارایه گزارش و ارایه نتایج مبتنی بر واقعیت انجام شد.
- تمامی چک لیست ها بدون نام بود و اطلاعات محرمانه تلقی شد.
- در استفاده از منابع علمی نهایت دقت در رعایت حقوق ادبی و حفظ امانت در برگرداندن مطالب به زبان فارسی با ذکر منبع صورت گرفته است.

فصل چهارم:

یافته های پژوهش

مقدمه:

پس از اینکه پرسشنامه طی فرایند روایی آماده شد، توسط ۱۲۰ پرستار بخش ویژه تکمیل گردید و تجزیه و تحلیل داده ها میسر شد. قبل از پرداختن به تحلیل داده ها بهتر است به توصیف آنها پرداخته شود، تا بتوان با استفاده از روش های معین تلخیص، تنظیم و طبقه بندی، داده ها را از حالت نامنظم به صورت مجموعه ای نظام دار و متشکل در آورد که پایه ای برای فرآیند تحلیل باشد. بنابراین، در این فصل ابتدا به توصیف داده ها به صورت منظم می پردازیم.

۴-۱ آمارهای توصیفی

جدول فراوانی و مشخصه های آماری هر یک از متغیرها و سؤال های پرسشنامه، توسط کامپیوتر در بسته های نرم افزاری محاسبه گردید. این پژوهش بر روی ۱۲۰ پرستار شاغل در بخش های ای سی یو و سی سی یو بیمارستان های دانشگاهی علوم پزشکی شهر قزوین انجام گرفته است. هدف اصلی این تحقیق تعیین و مقایسه ی پیامد های مراقبت از بیماران در حال احتضار بر پرستاران بخش های مراقبت ویژه می باشد. در این مطالعه ی توصیفی - تحلیلی نتایج به دست آمده به شرح زیر می باشد:

جدول ۴-۱ توزیع فراوانی سنی پرستاران شاغل در بخش های ای سی یو و سی سی یو بیمارستان های دانشگاهی شهر قزوین

مجموع	سن			نام بخش ها		قزوین
	+۴۴	۳۴-۴۳	۲۴-۳۳			
۸۶ ٪۱۰۰	۷ ٪۸.۱	۳۵ ٪۴۰.۷	۴۴ ٪۵۱.۲	تعداد درصد	ای سی یو	
۳۴ ٪۱۰۰	۳ ٪۸.۸	۲۳ ٪۶۷.۶	۸ ٪۲۳.۵	تعداد درصد	سی سی یو	
۱۲۰ ٪۱۰۰	۱۰ ٪۸.۳	۵۸ ٪۴۸.۳	۵۲ ٪۴۳.۳	تعداد درصد	مجموع (درصد)	

طبق جدول ۴-۱ در بین بخش های ای سی یو و سی سی یو بیمارستان های دانشگاهی شهر قزوین، پرستاران ۴۴ - ۳۴ ساله دارای بیشترین فراوانی بوده اند.

جدول ۲-۴ توزیع فراوانی متغیر جنسیت پرستاران شاغل در بخش های ای سی یو و سی سی یو بیمارستان های دانشگاهی شهر قزوین

نام بخش ها	جنسیت		مجموع	شهر قزوین
	مرد	زن		
ای سی یو	تعداد ۱۰	۷۶	۸۶	
	درصد ٪۱۱.۶	٪۸۸.۴	٪۱۰۰	
سی سی یو	تعداد ۲	۳۲	۳۴	
	درصد ٪۵.۹	٪۹۴.۱	٪۱۰۰	
مجموع (درصد)	تعداد ۱۲	۱۰۸	۱۲۰	
	درصد ٪۱۰	٪۹۰	٪۱۰۰	

طبق جدول ۲-۴ در تمام بخش های ای سی یو و سی سی یو بیمارستان های دانشگاهی شهر قزوین تعداد پرستاران زن نسبت به مردان بیشتر است. ۹۰ درصد کارکنان زن در مقابل ۱۰ درصد مرد گزارش شده است.

جدول ۳-۴ توزیع فراوانی وضعیت تاهل پرستاران شاغل در بخش های ای سی یو و سی سی یو بیمارستان های دانشگاهی شهر قزوین

نام بخش ها	وضعیت تاهل			مجموع	شهر قزوین
	مجرد	متاهل	مطلقه		
ای سی یو	تعداد ۲۱	۶۵	-	۸۶	
	درصد ٪۲۴.۴	٪۷۵.۶		٪۱۰۰	
سی سی یو	تعداد ۹	۲۴	۱	۳۴	
	درصد ٪۲۶.۵	٪۷۰.۶	٪۲.۹	٪۱۰۰	
مجموع (درصد)	تعداد ۳۰	۸۹	۱	۱۲۰	
	درصد ٪۲۵	٪۷۴.۲	٪۰.۸	٪۱۰۰	

طبق جدول ۳-۴ در بین بخش های ای سی یو و سی سی یو بیمارستان های دانشگاهی شهر قزوین ۷۴.۲ درصد کارکنان متاهل و ۲۵ درصد مجرد و ۰.۸ درصد مطلقه هستند.

جدول ۴-۴ توزیع فراوانی سطح تحصیلات پرستاران شاغل در بخش های ای سی یو و سی سی یو بیمارستان های دانشگاهی شهر قزوین

نام بخش ها	میزان تحصیلات		مجموع	شهر قزوین
	کارشناسی	کارشناسی ارشد		
ای سی یو	تعداد ۷۴	۱۲	۸۶	
	درصد ٪۸۶	٪۱۴	٪۱۰۰	
سی سی یو	تعداد ۲۶	۸	۳۴	
	درصد ٪۷۶.۵	٪۲۳.۵	٪۱۰۰	
مجموع (درصد)	تعداد ۱۰۰	۲۰	۱۲۰	
	درصد ٪۸۳.۳	٪۱۶.۷	٪۱۰۰	

طبق جدول ۴-۴ در مجموع پرستاران بخش های ای سی یو و سی سی یو بیمارستان های دانشگاهی شهر قزوین ۸۳.۳ درصد کارکنان مدرک کارشناسی و ۱۶.۷ درصد مدرک کارشناسی ارشد دارند.

جدول ۴-۵ توزیع فراوانی وضعیت سابقه کار پرستاران شاغل در بخش های ای سی یو و سی سی یو بیمارستان های دانشگاهی شهر قزوین

مجموع	سابقه کار در بخش های ویژه (سال)			نام بخش ها		شهر قزوین
	+۲۰	۱۰ - ۱۹	۱ - ۹			
۸۶ ٪۱۰۰	۲ ٪۲.۳	۲۵ ٪۲۹.۱	۵۹ ٪۶۸.۶	تعداد درصد	ای سی یو	
۳۴ ٪۱۰۰	۱ ٪۲.۹	۱۸ ٪۵۲.۹	۱۵ ٪۴۴.۱	تعداد درصد	سی سی یو	
۱۲۰ ٪۱۰۰	۳ ٪۲.۵	۴۳ ٪۳۵.۸	۷۴ ٪۶۱.۷	تعداد درصد	مجموع (درصد)	

طبق جدول ۴-۵ در بین بخش های ای سی یو و سی سی یو بیمارستان های دانشگاهی شهر قزوین، سابقه کار پرستاران در بخش های ویژه اغلب زی ۱۰ سال بوده است. بطور دقیق ۶۱.۷ درصد پرستاران زیر ۱۰ سال، ۳۵.۸ درصد بین ۱۹ - ۱۰ سال و ۲.۵ درصد بالای ۲۰ سال سابقه کار داشتند.

جدول ۴-۶ توزیع فراوانی پیامد های مراقبت از بیمار در حال احتضار بر پرستاران بخش های سی سی یو بیمارستان های دانشگاهی شهر قزوین

پیامد های مراقبت از بیمار در حال احتضار		کمترین نمره		نمره متوسط		بیشترین نمره	
		تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد
میزان رنج جسمانی		۹	٪۲۶.۵	۲۴	٪۷۰.۶	۱	٪۲.۹
میزان بالیدگی		۰	٪۰.۰	۲۹	٪۸۵.۳	۵	٪۱۴.۷
میزان فشار		۹	٪۲۶.۵	۲۳	٪۶۷.۶	۲	٪۵.۹
میزان حمایت اجتماعی		۳	٪۸.۸	۱۶	٪۴۷.۱	۱۵	٪۴۴.۱

طبق جدول ۴-۶ در پرسشنامه مراقبت از بیمار در حال احتضار پیامدهای میزان رنج جسمانی و میزان فشار هر کدام ۹ سوال را به خود اختصاص داده اند و نمره ۹-۴۵ حداقل و حداکثر نمرات این پیامدها بود که نتایج در سه سطح ۹-۲۰ کمترین نمره و ۲۱-۳۲ نمره متوسط و ۳۳-۴۵ بیشترین نمره را تشکیل می دهند. پیامد میزان بالیدگی ۸ سوال را به خود اختصاص داده است و نمره ۸-۴۰ حداقل و حداکثر نمرات این پیامد می باشد که در سه سطح ۸-۱۸ کمترین نمره و ۱۹-۲۹ نمره متوسط و ۳۰-۴۰ بیشترین نمره را تشکیل می دهد. پیامد میزان حمایت اجتماعی ۶ سوال را به خود اختصاص داده است

که در سه سطح ۶-۱۳ کمترین نمره و ۱۴-۲۱ نمره متوسط و ۲۲-۳۰ بیشترین نمره را تشکیل می‌دهد.

بیشترین فراوانی در بررسی پیامدهای مراقبت از بیمار در حال احتضار بر پرستاران بخش های سی سی یو در هر چهار زیر مقیاس میزان متوسط نمرات گزارش شد که ۷۰.۶ درصد از پرستاران به رنج جسمانی، ۸۵.۳ درصد از پرستاران به میزان بالیدگی، ۶۷.۶ درصد از پرستاران به میزان فشار و ۴۷.۱ درصد از پرستاران به حمایت اجتماعی نمره متوسط دادند.

نمودار ۴-۱ توزیع فراوانی پیامدهای مراقبت از بیمار در حال احتضار بر پرستاران بخش های سی سی یو بیمارستان های دانشگاهی شهر قزوین



نمودار ۴-۱ بیشترین فراوانی در بررسی پیامدهای مراقبت از بیمار در حال احتضار بر پرستاران بخش های سی سی یو در هر چهار زیر مقیاس میزان متوسط نمرات گزارش شد

جدول ۴-۷ توزیع فراوانی پیامدهای مراقبت از بیمار در حال احتضار بر پرستاران بخش های ای سی یو بیمارستان های

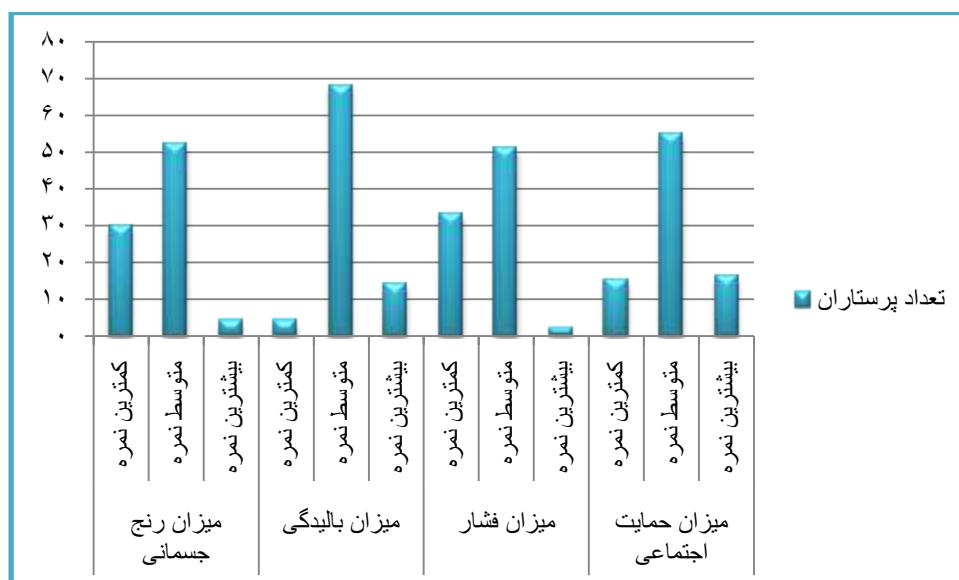
دانشگاهی شهر قزوین

پیامدهای مراقبت از بیمار در حال احتضار		کمترین نمره		نمره متوسط		بیشترین نمره	
تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد
۳۰	٪۳۴.۹	۵۲	٪۶۰.۵	۴	٪۴.۷		
۴	٪۴.۷	۶۸	٪۷۹.۱	۱۴	٪۱۶.۳		
۳۳	٪۳۸.۴	۵۱	٪۵۹.۳	۲	٪۲.۳		
۱۵	٪۱۷.۴	۵۵	٪۶۴.۰	۱۶	٪۱۸.۶		

طبق جدول ۴-۷ بیشترین فراوانی در بررسی پیامدهای مراقبت از بیمار در حال احتضار بر پرستاران بخش های ای سی یو در هر چهار زیر مقیاس میزان متوسط نمرات گزارش شد که ۶۰.۵ درصد از پرستاران به رنج جسمانی ، ۷۹.۱ درصد از پرستاران به میزان بالیدگی ، ۵۹.۳ درصد از پرستاران به میزان فشار و ۶۴ درصد از پرستاران به حمایت اجتماعی نمره متوسط دادند .

نمودار ۴-۲ توزیع فراوانی پیامدهای مراقبت از بیمار در حال احتضار بر پرستاران بخش های ای سی یو بیمارستان های

دانشگاهی شهر قزوین



نمودار ۴-۲ بیشترین فراوانی در بررسی پیامدهای مراقبت از بیمار در حال احتضار بر پرستاران بخش های ای سی یو در

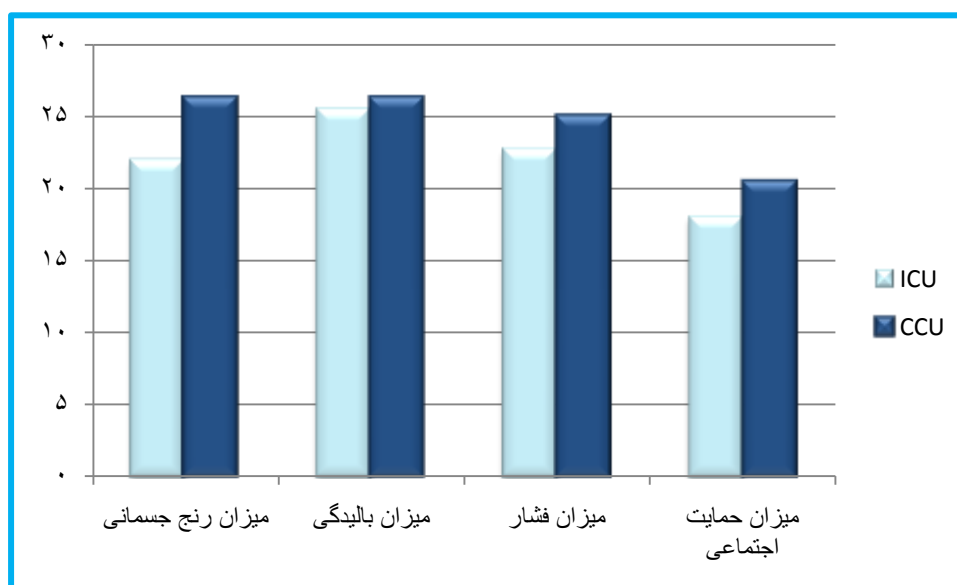
هر چهار زیر مقیاس میزان متوسط نمرات گزارش شد.

جدول ۸-۴ توزیع فراوانی پیامد های مراقبت از بیمار در حال احتضار بر پرستاران بخش های ای سی یو با سی سی یو بیمارستان های دانشگاهی شهر قزوین

میزان حمایت اجتماعی	میزان فشار	میزان بالیدگی	میزان رنج جسمانی		
۱۷.۹۸	۲۲.۶۷	۲۵.۴۶	۲۱.۹۱	میانگین	ای سی یو
۸۶	۸۶	۸۶	۸۶	تعداد	
۲۰.۴۱	۲۴.۹۷	۲۶.۲۳	۲۲.۸۸	میانگین	سی سی یو
۳۴	۳۴	۳۴	۳۴	تعداد	

طبق جدول ۸-۴ در مقایسه بخش های ای سی یو با سی سی یو در هر چهار پیامد از نظر میزان فراوانی تفاوتی دیده نشد.

نمودار ۳-۴ توزیع فراوانی پیامد های مراقبت از بیمار در حال احتضار بر پرستاران بخش های ای سی یو با سی سی یو بیمارستان های دانشگاهی شهر قزوین



نمودار ۳-۴ در مقایسه بخش های ای سی یو با سی سی یو در هر چهار پیامد از نظر میزان فراوانی تفاوتی دیده نشد.

۲-۴ جداول مربوط به ارتباط مشخصات دموگرافیک با پیامد های مراقبت از بیمار در حال احتضار

جدول ۴-۹ ضریب همبستگی اسپیرمن بین متغیر سن و سابقه کار پرستاران بخش های ای سی یو بیمارستان های دانشگاهی شهر قزوین با پیامد های مراقبت از بیمار در حال احتضار

اسپیرمن ار اچ او ^۱ ای سی یو		میزان رنج جسمانی	میزان بالیدگی	میزان فشار	میزان حمایت اجتماعی
سن	ضریب همبستگی	-.۲۲۱*	-.۱۲۹	-.۱۷۰	-.۰۷۹
	sig	.۰۴۱	.۲۳۷	.۱۱۷	.۴۷۰
	N	۸۶	۸۶	۸۶	۸۶
سابقه کار در بخش های ویژه	ضریب همبستگی	-.۱۰۹	-.۱۲۷	.۰۰۵	.۱۱۷
	Sig	.۳۲۰	.۲۴۴	.۹۶۶	.۲۸۴
	N	۸۶	۸۶	۸۶	۸۶

*. Correlation is significant at the ۰.۰۵ level (۲-tailed)

در بخش های ای سی یو بیمارستان های دانشگاهی شهر قزوین، در بین پیامد ها، بین عامل دموگرافیک سن با پیامد رنج جسمانی ضریب همبستگی منفی و معنی دار وجود داشته است ($P < ۰.۰۵$). بین عامل دموگرافیک سابقه کار با زیر مقیاس های مراقبت از بیمار در حال احتضار هیچ گونه ضریب همبستگی و معنی داری وجود نداشته است.

جدول ۴-۱۰ همبستگی اسپیرمن بین متغیر های سن و سابقه کار پرستاران بخش های ای سی یو بیمارستان های دانشگاهی شهر قزوین با متغیر های مراقبت از بیمار در حال احتضار

سی سی یو		میزان رنج جسمانی	میزان بالیدگی	میزان فشار	میزان حمایت اجتماعی
سن	ضریب همبستگی	.۴۰۰*	.۲۶۷	.۴۹۷**	.۲۷۷
	sig	.۰۱۹	.۱۲۷	.۰۰۳	.۱۱۲
	N	۳۴	۳۴	۳۴	۳۴
سابقه کار در بخش های ویژه	ضریب همبستگی	.۱۲۴	.۳۵۷*	.۲۹۹	.۳۸۶*
	Sig	.۴۸۵	.۰۳۸	.۰۸۶	.۰۲۴
	N	۳۴	۳۴	۳۴	۳۴

** Correlation is significant at the ۰.۰۱ level (۲-tailed).

* Correlation is significant at the ۰.۰۵ level (۲-tailed).

در بخش های سی سی یو بیمارستان های دانشگاهی شهر قزوین، در بین پیامدها، بین عامل دموگرافیک سن با پیامد رنج جسمانی و میزان فشار ضریب همبستگی مثبت و معنی دار وجود داشته است ($P < 0.05$). بین عامل دموگرافیک سابقه کار با زیر مقیاس های میزان بالیدگی و حمایت اجتماعی ضریب همبستگی مثبت و معنی داری وجود داشته است.

۴-۲-۱ آزمون تحلیل آماری من ویتنی^۱

جدول ۴-۱۱ آزمون من ویتنی بین متغیر وضعیت تاهل پرستاران بخش های ای سی یو بیمارستان های دانشگاهی شهر قزوین با پیامدهای مراقبت از بیمار در حال احتضار

رنک^۲

ای سی یو	تعداد	میزان رنج جسمانی	میزان بالیدگی	میزان فشار	میزان حمایت اجتماعی
مجرد	۲۱	۴۳.۱۹	۳۸.۹۳	۳۹.۳۶	۴۵.۶۴
متاهل	۶۵	۴۳.۶۰	۴۴.۹۸	۴۴.۸۴	۴۲.۸۱
مجموع	۸۶				

۳- تست استاتیستیک

Mann-Whitney U	میزان رنج جسمانی	میزان بالیدگی	میزان فشار	میزان حمایت اجتماعی
Z	-.۰۶۵	-.۹۶۹	-.۸۷۶	-.۴۵۴
Asymp. Sig. (۲-tailed)	.۹۴۸	.۳۳۳	.۳۸۱	.۶۵۰

a. Grouping Variable: marital status

طبق جدول ۴-۱۱ در بررسی متغیر وضعیت تاهل با پیامد های مراقبت از بیمار در حال احتضار در پرستاران ای سی یو

بیمارستان های دانشگاهی شهر قزوین بین متغیر وضعیت تاهل با پیامد های مراقبت از بیمار در حال احتضار رابطه معنی داری گزارش نشد.

جدول ۴-۱۲ آزمون من ویتنی بین متغیر وضعیت تاهل پرستاران بخش های سی سی یو بیمارستان های دانشگاهی شهر قزوین با پیامدهای مراقبت از بیمار در حال احتضار

رنک^۲

سی سی یو	تعداد	میزان رنج جسمانی	میزان بالیدگی	میزان فشار	میزان حمایت اجتماعی
مجرد	۹	۱۴.۰۶	۱۱.۰۰	۱۵.۶۱	۱۲.۵۶
متاهل	۲۴	۱۸.۱۰	۱۹.۲۵	۱۷.۵۲	۱۸.۶۷
مجموع	۳۳				

1- Mann Whitney Test

2- Ranks

3- Test Statisticsa

تست استاتیکیس ای

من ویتنی یو	میزان رنج جسمانی	میزان بالیدگی	میزان فشار	ن حمایت اجتماعی
Z	-۱۰۷۵	-۲۰۹۳	-۵۰۶	-۱۰۶۲۵
Asymp. Sig. (۲-tailed)	۰۲۸۲	۰۰۲۸	۰۰۶۱۳	۰۰۱۰۴

a. Grouping Variable: marital status

طبق جدول ۴-۱۲ در بررسی متغیر وضعیت تاهل با پیامد های مراقبت از بیمار در حال احتضار در پرستاران سی سی یو بیمارستان های دانشگاهی شهر قزوین با توجه به اینکه یک نفر مطلقه بود از آنالیز آماری کنار گذاشته شد و تجزیه و تحلیل آماری با ۳۳ نمونه انجام شد که بین وضعیت تاهل با میزان بالیدگی رابطه معنی دار و منفی گزارش شده است.

جدول ۴-۱۳ آزمون من ویتنی بین متغیر سطح تحصیلات پرستاران بخش های ای سی یو بیمارستان های دانشگاهی شهر قزوین با پیامد های مراقبت از بیمار در حال احتضار

رنکز

ای سی یو	تعداد	میزان رنج جسمانی	میزان بالیدگی	میزان فشار	میزان حمایت اجتماعی
کارشناسی	۷۴	۴۶۰۱۷	۴۴۰۱۸	۴۶۰۶۵	۴۵۰۴۶
کارشناسی ارشد	۱۲	۲۷۰۰۴	۳۹۰۳۳	۲۴۰۰۸	۳۱۰۴۲
مجموع	۸۶				

تست استاتیستیک

من ویتنی یو	میزان رنج جسمانی	میزان بالیدگی	میزان فشار	میزان حمایت اجتماعی
Z	-۲۰۴۶۵	-۰۶۲۶	-۲۰۹۱۰	-۱۰۸۱۴
Asymp. Sig. (۲-tailed)	۰۰۱۴	۰۰۵۳۲	۰۰۰۰۴	۰۰۰۷۰

a. Grouping Variable: marital status

طبق جدول ۴-۱۳ در بررسی پیامد های مراقبت از بیمار در حال احتضار در بخش های ای سی یو بیمارستان های دانشگاهی شهر قزوین ، بین متغیر سطح تحصیلات با پیامد رنج جسمانی و میزان فشار ضریب همبستگی منفی و معنی دار وجود داشته است ($P < ۰.۰۵$).

جدول ۴-۱۴ آزمون من ویتنی بین متغیر سطح تحصیلات پرستاران بخش های سی سی یو بیمارستان های دانشگاهی شهر قزوین با پیامد های مراقبت از بیمار در حال احتضار
رنکز

سی سی یو	تعداد	میزان رنج جسمانی	میزان بالیدگی	میزان فشار	میزان حمایت اجتماعی
کارشناسی	۲۶	۱۷.۳۷	۱۷.۳۸	۱۷.۶۳	۱۷.۲۹
کارشناسی ارشد	۸	۱۷.۹۴	۱۷.۸۸	۱۷.۰۶	۱۸.۱۹
مجموع	۳۴				

تست استاتیستیکس بی

من ویتنی	میزان رنج جسمانی	میزان بالیدگی	میزان فشار	میزان حمایت اجتماعی
Z	-۱۴۳	-۱۲۲	-۱۴۲	-۲۲۵
Asymp. Sig. (۲-tailed)	.۸۸۷	.۹۰۳	.۸۸۷	.۸۲۲

a. Not corrected for ties.

b. Grouping Variable: level of education

جدول ۴-۱۴ در بخش سی سی یو هیچ گونه ضریب همبستگی و معنی داری با متغیر سطح تحصیلات دیده نشد.

۳-۴ آمار تحلیلی جهت روایی و پایایی ابزار

۱-۳-۴ جدول محاسبه روایی کمی محتوا

جدول ۴-۱۵ میزان سی وی ای و سی وی ار گویه های مقیاس مراقبت از بیمار در حال احتضار

ردیف	میزان توافق خود را درباره هر یک از عبارات زیر مشخص کنید	سی وی	سی وی ای		
		ار	سادگی و روان بودن	مربوط بودن	وضوح با شفاف بودن
		۱ تا ۴	۱ تا ۴	۱ تا ۴	۱ تا ۴
۱	هنگام مراقبت از بیمار در حال احتضار احساس خستگی می کنم.	۰.۷۳	۱	۰.۹۳	۱
۲	در هنگام مراقبت از بیمار در حال احتضار دچار اختلال در خواب می شوم.	۰.۶	۰.۸	۱	۰.۸۶
۳	هنگام مراقبت از بیمار در حال احتضار دچار تغییر نقش شده ام.	۱	۰.۸	۰.۸	۰.۹۳
۴	هنگام مراقبت از بیمار در حال احتضار زمان محدودی برای خودم دارم.	۱	۱	۱	۱

۵	هنگام مراقبت از بیمار در حال احتضار روابط اجتماعی محدودی دارم.	۰.۷۳	۰.۸	۱	۰.۸۶
۶	احساس میکنم هنگام مراقبت از بیمار در حال احتضار سلامتی ام تحلیل می رود.	۰.۶	۰.۸	۰.۸۶	۰.۸
۷	احساس می کنم مراقبت از بیمار در حال احتضار برای من فشار اقتصادی در بر دارد.	۱	۱	۱	۱
۸	هنگام مراقبت از بیمار در حال احتضار ، سوء هاضمه دارم.	۰.۶	۰.۸	۰.۸۶	۰.۹۳
۹	احساس میکنم هنگام مراقبت از بیمار در حال احتضار ، شغل رشد می کنم.	۰.۶	۰.۸	۰.۸	۰.۸
۱۰	هنگام مراقبت از بیمار در حال احتضار بیشتر قدر زندگی ام را میدانم.	۰.۷۳	۰.۸۶	۰.۸	۱
۱۱	من قدر شبکه های حمایتی رسمی و غیر رسمی خود را میدانم .	۰.۶	۱	۰.۹۳	۰.۸
۱۲	هنگام مراقبت از بیمار در حال احتضار رابطه بهتری با او دارم.	۰.۷۳	۱	۰.۸	۰.۸
۱۳	از اینکه میتوانم برای بیمار در حال احتضار کاری انجام دهم احساس خوبی دارم.	۱	۱	۱	۱
۱۴	هنگام مراقبت از بیمار در حال احتضار روابط بهتری با اعضای خانواده ام دارم.	۰.۸۶	۰.۸۶	۰.۸۶	۰.۹۳
۱۵	برای ایفای نقش پرستاری ام نیاز به راهنمایی دارم.	۱	۱	۱	۱
۱۶	میخواهم نقشه را به عنوان پرستار انکار کنم.	۰.۶	۰.۸	۰.۸۶	۰.۸۶
۱۷	احساس می کنم ناتوان هستم.	۰.۷۳	۰.۹۳	۱	۰.۸۶
۱۸	نگران این هستم که برای بیمار در حال احتضارم چه اتفاقی می افتد.	۱	۰.۸	۰.۹۳	۱
۱۹	از اینکه بیمارم را از دست بدهم (فوت کند) احساس غم/ اندوه میکنم.	۱	۰.۹۳	۰.۸۶	۱
۲۰	هنگام مراقبت از بیمار در حال احتضار احساس افسردگی می کنم.	۱	۱	۱	۱
۲۱	از کارهایی که برای بیمار در حال احتضارم انجام داده ام، احساس پشیمانی می کنم.	۰.۶	۰.۸	۰.۸۶	۰.۹۳
۲۲	هنگام مراقبت از بیمار در حال احتضار احساس فشار/ اضطراب می کنم.	۱	۱	۱	۱
۲۳	هنگام مراقبت از بیمار در حال احتضار احساس بی صبری می کنم.	۰.۸۶	۰.۹۳	۰.۸۶	۱
۲۴	حین مراقبت از بیمار در حال احتضار احساس گناه می کنم.	۰.۶	۰.۸	۰.۸۶	۰.۸
۲۵	به حمایت معنوی / عاطفی نیاز دارم.	۱	۱	۱	۱
۲۶	هنگام مراقبت از بیمار در حال احتضار احساس تنهایی میکنم.	۱	۰.۹۳	۱	۰.۸۶
۲۷	از پرستاری بیمار در حال احتضار خسته شده ام.	۱	۰.۹۳	۰.۸	۰.۸۶
۲۸	مراقبت از بیمار در حال احتضار برای من دشوار است.	۰.۸۶	۰.۸	۰.۸۶	۰.۸
۲۹	هنگام مراقبت از بیمار در حال احتضار نیازمند منابع مفید هستم.	۱	۱	۱	۱
۳۰	من به اطلاعاتی درمورد وضعیت سلامتی بیمار در حال احتضار و نحوه مراقبت از او نیاز دارم.	۱	۱	۱	۱
۳۱	در مورد آماده سازی برای مرگ بیمار به کمک نیاز دارم.	۰.۶	۰.۸	۰.۹۳	۰.۹۳
۳۲	در مورد آینده بیمارم دچار تردید هستم.	۰.۶	۰.۸	۰.۹۳	۰.۸۶

طریق جدول ۱۵-۴ نمره سی وی ای برای کلیه گویه ها بالاتر از ۰/۷۹ و نمره سی وی ار در کلیه گویه ها بالاتر از ۰.۴۹

بدست آمد.

۲-۳-۴ ضریب آلفای کرونباخ^۱

در این مطالعه برای اندازه گیری همبستگی درونی از ضریب آلفای کرونباخ استفاده شده است. برای داشتن همسانی درونی ، میزان آلفای کرونباخ اگر بیشتر از ۰.۷ باشد پایایی خوب و اگر بین ۰.۵ تا ۰.۷ باشد متوسط و اگر کمتر از ۰.۵ باشد پرسشنامه فاقد پایایی لازم است (۵۰، ۵۶)

جدول ۴-۱۶ ضریب آلفای کرونباخ

آلفای کرونباخ	تعداد گویه ها	
۰.۸۵۵	۳۲	مراقبت از بیمار در حال احتضار
۰.۸۵۶	۹	پیامد رنج جسمانی
۰.۵۹۲	۸	پیامد میزان بالیدگی
۰.۵۸۸	۹	پیامد میزان فشار
۰.۸۳۶	۶	پیامد میزان حمایت اجتماعی

1- Cronbach's coefficient alpha

۳-۳-۴ آزمون باز آزمون

ارزیابی ثبات نیز از طریق روش آزمون بازآزمون انجام پذیرفت. ضریب همبستگی در این آزمون بالای ۰.۷ بدست آمد و به عنوان ضریب پایا در نظر گرفته شد.

جدول ۱۷-۴ نتایج آزمون باز آزمون

Q۱۶	Q۱۵	Q۱۴	Q۱۳	Q۱۲	Q۱۱	Q۱۰	Q۹	Q۸	Q۷	Q۶	Q۵	Q۴	Q۳	Q۲	Q۱	
															$\frac{۱۵}{۲۷}$	q ۱
															$\frac{۱۸}{۲۷}$	q ۲
														$\frac{۱۹}{۲۷}$		q ۳
												$\frac{۲۰}{۲۷}$				q ۴
											$\frac{۱۹}{۲۷}$					q ۵
										$\frac{۲۱}{۲۷}$						q ۶
									$\frac{۲۲}{۲۷}$							q ۷
								$\frac{۱۹}{۲۷}$								q ۸
							$\frac{۲۴}{۲۷}$									q ۹
						$\frac{۱۹}{۲۷}$										q۱۰
					$\frac{۱۹}{۲۷}$											q۱۱
				$\frac{۲۲}{۲۷}$												q۱۲
			$\frac{۲۱}{۲۷}$													q۱۳
		$\frac{۲۲}{۲۷}$														q۱۴
	$\frac{۲۰}{۲۷}$															q۱۵
$\frac{۱۹}{۲۷}$																q۱۶

Q ۳۲	Q ۳۱	Q ۳۰	Q ۲۹	Q ۲۸	Q ۲۷	Q ۲۶	Q ۲۵	Q ۲۴	Q ۲۳	Q ۲۲	Q ۲۱	Q ۲۰	Q ۱۹	Q ۱۸	Q ۱۷	
															$\frac{۱۸}{۲۷}$	q ۱۷
														$\frac{۲۵}{۲۷}$		q ۱۸
													$\frac{۱۹}{۲۷}$			q ۱۹
												$\frac{۱۸}{۲۷}$				q ۲۰
											$\frac{۲۱}{۲۷}$					q ۲۱
										$\frac{۱۷}{۲۷}$						q ۲۲
									$\frac{۲۲}{۲۷}$							q ۲۳
								$\frac{۱۸}{۲۷}$								q ۲۴
							$\frac{۱۹}{۲۷}$									q ۲۵
						$\frac{۲۶}{۲۷}$										q ۲۶
					$\frac{۳۰}{۲۷}$											q ۲۷
				$\frac{۲۱}{۲۷}$												q ۲۸
			$\frac{۲۰}{۲۷}$													q ۲۹
		$\frac{۱۹}{۲۷}$														q ۳۰
	$\frac{۱۹}{۲۷}$															q ۳۱
$\frac{۱۸}{۲۷}$																q ۳۲
$\frac{۶۳۸}{۲۷}$																مجموع

$$test\ retest = \frac{Q_1 + Q_2 + Q_3 + \dots + Q_{32}}{27 * 32}$$

$$test\ retest = \frac{۱۵ + ۱۸ + ۱۹ + \dots + ۱۸}{27 * 32} = \frac{۶۳۸}{۸۶۴} = ۰.۷۳$$

ضریب همبستگی آزمون باز آزمون ۰.۷۳ بدست آمد ، که قابل قبول می باشد.

فصل پنجم :

بحث و نتیجه گیری

در ابتدای این فصل باید به این موضوع اشاره کنیم که پرسشنامه مراقبت از بیمار در حال احتضار برای اولین بار در کشور مورد استفاده قرار گرفته و در جستجوی مقالات داخلی و خارجی که توسط پژوهشگر انجام شد، مطالعه ای با این ابزار یافت نشد. از این رو محقق بر آن شد نزدیک ترین مطالعات انجام شده در این حیطه که هر یک دارای محدودیت ها و تفاوت هایی در فاکتورهای مورد بررسی با پژوهش حاضر می باشد را گردآوری کند و ضمن ارایه خلاصه ای از نتایج مطالعه، آنها را مورد بحث قرار دهد، سپس نتیجه گیری نهایی، کاربرد یافته های پژوهش و پیشنهاداتی جهت پژوهش های بعدی ارائه شده است. تعداد ۱۲۰ نفر از پرستاران بخش های ویژه براساس معیارها ی ورود در مطالعه ی حاضر شرکت کردند. نتایج نشان داد که پرستاران شاغل در بخش های ویژه بیمارستان های دانشگاهی شهر قزوین در سال ۱۳۹۵، با توجه به جداول ۴-۱ تا ۴-۵ اکثریت دارای مدرک کارشناسی، زن، در محدوده سنی ۳۴-۴۴ سال، متاهل و سابقه کار زیر ۱۰ سال در بخش های ویژه را دارند.

هدف اول مطالعه : تعیین پیامدهای مراقبت از بیماران در حال احتضار بر پرستاران شاغل در بخش های

ای سی یو

بیشترین فراوانی در بررسی پیامدهای مراقبت از بیمار در حال احتضار بر پرستاران بخش های ای سی یو در هر چهار زیر مقیاس میزان متوسط نمرات گزارش شد که ۶۰.۵ درصد از پرستاران به رنج جسمانی، ۷۹.۱ درصد از پرستاران به میزان بالیدگی، ۵۹.۳ درصد از پرستاران به میزان فشار و ۶۴ درصد از پرستاران به حمایت اجتماعی نمره متوسط دادند.

هدف دوم مطالعه : تعیین پیامدهای مراقبت از بیماران در حال احتضار بر پرستاران شاغل در بخش های

سی سی یو

بیشترین فراوانی در بررسی پیامدهای مراقبت از بیمار در حال احتضار بر پرستاران بخش های سی سی یو در هر چهار زیر مقیاس، میزان متوسط نمرات گزارش شد که ۷۰.۶ درصد از پرستاران به رنج جسمانی، ۸۵.۳ درصد از پرستاران به میزان بالیدگی، ۶۷.۶ درصد از پرستاران به میزان فشار و ۴۷.۱ درصد از پرستاران به حمایت اجتماعی نمره متوسط دادند.

هدف سوم مطالعه : مقایسه پیامدهای مراقبت از بیماران در حال احتضار بر پرستاران شاغل در بخش های

ای سی یو با سی سی یو

در بررسی مقایسه ای پیامدهای مراقبت از بیمار در حال احتضار طبق جداول ۴-۶ و ۴-۷ هر چهار پیامد نمره متوسط را به خود اختصاص دادند که ۶۰.۵ درصد پرستاران بخش ای سی یو و ۷۰.۶ درصد پرستاران سی سی یو نمره متوسط را از پیامد رنج جسمانی، ۷۹.۱ درصد پرستاران بخش ای سی یو و ۸۵.۳ درصد پرستاران بخش سی سی یو نمره متوسط را از پیامد میزان بالیدگی، ۵۹.۳ درصد پرستاران بخش ای سی یو و ۶۷.۶ درصد پرستاران نمره متوسط را از پیامد میزان فشار و ۶۴ درصد

پرستاران بخش ای سی یو ۴۷.۱ درصد پرستاران بخش ای سی یو نمره متوسط را از پیامد حمایت اجتماعی گزارش کردند. از این رو مقایسه بخش‌های ای سی یو با سی سی یو طبق نتایج این مطالعه تفاوتی را در بر نداشت.

پیامد رنج جسمانی

شیفت کاری شب باعث مهار تولید ملاتونین شده و با افزایش ریسک اختلالات هورمونی همراه می باشد. مطالعات تجربی نشان داده اند که کاهش نور در شب منجر به اختلالات سیستم اندوکرین می گردد. این بررسی این فرضیه را که شیفت کاری شب اثرات منفی بر روی سیستم اسکلتی دارد را مورد تایید قرار می دهد. (۵۹) شیفت کاری باعث اختلال در خواب شده و این عمده ترین مشکل افراد نوبت کاری است که از آن شاکی هستند زیرا این وضعیت منجر به دسینکرونی شدن از خواب به هنگام شیفت و ناهماهنگ بودن وضعیت کاری با خانواده و فملیل و اجتماع از عمده ترین عوامل تحمل نوبت کاری محسوب می شود. (۶۰) از طرفی کار در بخش ویژه به لحاظ دارا بودن شرایط خاص ، حجم بالای کار ، شرایط حاد بیماران و مرگ و میر، بیشتر باعث بروز مشکلات عدیده گردیده و وضعیت را دشوار و منجر به استرس و تنش بیشتر در پرسنل خواهد شد. (۳۱) پژوهش حاضر که به بررسی رنج جسمانی در پرستاران بخش ای سی یو و ای سی یو بیمارستان های دانشگاهی شهر قزوین می پردازد ، نمره متوسط از پیامد های جسمانی را در پرستاران گزارش می کند. با توجه به اینکه اختلال خواب یکی از پیامد های رنج جسمانی می باشد. در مطالعه بزرگ سهرابی و همکاران (۱۳۹۳) که با هدف بررسی کیفیت خواب پرستاران شاغل در بخش مراقبت های ویژه جراحی قلب باز بیمارستان های استان مازندران و عوامل مرتبط با آن انجام گردید، نشان داد که از مجموع پرستاران شاغل در بخش ای سی یو جراحی قلب باز بیمارستان های استان مازندران، ۸۴ درصد دارای کیفیت خواب پایین بودند. (۶۰) در مطالعه اسکات و همکاران (۲۰۱۴) با هدف بررسی تاثیرات خواب و خستگی بر احساس تاسف در تصمیم گیری پرستاران بخش های ویژه انجام شد. یافته ها نشان داد که از ۵۴۶ پرستار شرکت کننده، ۱۵۷ پرستار احساس تاسف در تصمیم گیری را بیان کردند که در این بین متغیر های احساس خستگی و خواب آلودگی هنگام روز تاثیر بیشتر و باز یابی توان مجدد کاری در بین شیفت و اختلال در خواب تاثیر کمتر در تاسف تصمیم گیری را نشان داد. (۶۱) در مطالعه ای دیگر مهدی زاده و همکاران (۱۳۸۷) با توجه به اینکه کار کردن به صورت نوبتی و چرخشی ریتم های بیولوژیک را مختل نموده ، این خود باعث اختلال در فیزیولوژی بدن شده و فرد را مستعد ابتلا به مشکلات مختلف جسمی ، روانی و اجتماعی خواهد کرد. مطالعه ای با هدف تعیین تغییرات سطح کورتیزول و آلدسترون در نوبت های مختلف کاری در پرسنل پرستاری بخش های ویژه بیمارستان های دانشگاهی شهر مشهد انجام داد. نتایج نشان داد افرادی که تعداد شیفت شب بیش تری در برنامه کاری خود داشته اند و ساعات خواب کمتر از ۲ ساعت در طی شبکاری داشته اند و همچنین افرادی که در تنظیم برنامه کاری خود مشارکت نداشته اند با تغییرات هورمونی بیشتری مواجه بودند. (۵۹) در مطالعه دیگری با هدف بررسی افزایش کمر

درد خفیف در بین پرستاران با فشار کاری زیاد توسط هوای شای^۱ (۲۰۱۶) در تایوان انجام شد. نتایج نشان داد از ۵۶۷ پرستار شرکت کننده در مطالعه ۷۲ درصد کمر درد خفیف داشتند. همچنین یافته ها نشان داد یک ساعت کار کردن بیشتر تا ۳۵ درصد خطر کمردرد را در بین پرستاران افزایش می دهد و بیشترین خطر کمر درد مربوط به پرستاران با مسئولیت های سخت و طاقت فرسا می باشد. (۶۲)

از جمله پیامد های رنج جسمانی سندرم ساختمان بیمار است. سندرم ساختمان بیمار یکی از بیماری های مرتبط با کیفیت هوای داخل ساختمان است که علائمی نظیر سر درد، سرگیجه، تهوع، سرفه و عطسه، تحریک مخاط چشم، گلو، بینی و التهاب و خارش پوست را به همراه دارد. قانعیان و همکاران (۱۳۹۲) مطالعه ای با هدف بررسی فراوانی علائم سندرم ساختمان بیمار و برخی عوامل مرتبط با آن در پرستاران بخش های مراقبت ویژه بیمارستان های آموزشی دانشگاه علوم پزشکی کرمان انجام دادند. یافته ها نشان داد فراوانی برخی علائم سندرم شامل عدم تمرکز (۶۰.۲٪)، سردرد و خستگی (۵۸.۳٪)، خشکی و قرمزی پوست (۵۷.۳٪) و سوزش چشم با (۴۸.۵٪) از سایر علائم شایع تر بود و عوامل محیطی موثر بر بروز سندرم، شامل سر و صدا و بوی نامطبوع محیط کار معرفی شد. (۶۳)

از دیگر پیامد های رنج جسمانی، مواجهه مکرر پرستاران با شرایط دردناک و رنج آور بیماران است که با عث نوعی خستگی از شفقت به بیماران می شود. "خستگی از شفقت به بیماران" برای اولین بار توسط جانسون توصیف شد. وی در تعریف این پدیده بیان می کند که سرخوردگی و خستگی از شفقت در مراقبت از بی ماران به شرایطی اطلاق می شود که احساس و تجربه کمک به دیگران در افراد مراقبت کننده به واسطه مشاهده و روبرو شدن با آسیب و بیماری ویرانگر بیماران، تغییر کرده و به نوعی سرخوردگی در خود مواجهه می شود. دو علامت کلیدی که در این پدیده وجود دارد شامل فرسودگی و استرس است، ولی گاهی علائم ساده ای همانند خستگی و نیاز به استراحت نیز می تواند جزء علائم آن محسوب می شود. همچنین عصبی بودن و اضطراب، کج خلقی، خلق متغیر، اشکال در تمرکز، کاهش اعتماد به نفس، فاصله گرفتن از دیگران و علائم فیزیکی همانند سردرد و سرگیجه را نیز می توان اشاره کرد. اگر این پدیده درمان نشود، می تواند باعث اختلال در عملکرد فرد، آسیب روانی، افت کیفیت و برآیند مراقبت شده و به تدریج احساس سنگدلی در فرد به وجود آمده و شخص نسبت به مددجویان بی احساس و بی تفاوت گردد. از اینرو خانم محمدی و همکاران (۱۳۹۴) مطالعه ای با هدف تعیین میزان خستگی از شفقت به بیماران در پرستاران بخش های مراقبت ویژه انجام دادند. این مطالعه که بر روی ۲۶۰ پرستار شاغل در بخش های مراقبت ویژه بیمارستان های دانشگاهی کرمان انجام شد، یافته ها نشان داد که میانگین خستگی از شفقت به بیماران در پرستاران بخش های مراقبت ویژه 0.7 ± 3.35 بود و ارتباط آماری معنی داری بین خستگی از شفقت به بیماران و متغیرهای سن، جنس، تعداد سالهای خدمت، و نوع بخش مشاهده شد و نتایج به دست آمده میانگین خستگی از شفقت به بیماران در پرستاران بیشتر از حد متوسط نشان

می‌دهد. (۶۴) همانطور که مشاهده می‌شود نتایج تحقیقات فوق با پژوهش حاضر همسو بوده و پرستاران بخش‌های مراقبت ویژه از پیامد‌های جسمانی به میزان متوسطی رنج می‌برند.

پیامد میزان بالیدگی

فرسودگی یک سندرم جسمانی و روانی به همراه خستگی است که منجر به رفتار و نگرش منفی نسبت به خود، کار و مددجویان، کار غیر مولد و غیبت از کار، اخلاق پایین و عدم رضایت شغلی می‌شود. تحقیقات نشان می‌دهد که پرستاران بیش از سایر مشاغل دچار فرسودگی شغلی می‌شوند. (۲۴) امروزه معتقدند که فرسودگی شغلی تنها نتیجه استرس نیست به طوری که هوش عاطفی سهم قابل ملاحظه‌ای بر موفقیت در زندگی و شغل دارد. هوش عاطفی یک دسته از توانایی‌ها و مهارت‌های غیرشناختی است که توانایی موفقیت فرد را در مقابله با فشارهای محیطی به ویژه فرسودگی شغلی افزایش می‌دهد. (۲۸) توانایی‌های هوش هیجانی، درک افراد را نسبت به خود و دیگران بالا برده و این افراد گام برداشتن به سمت بهتر شدن را بیشتر درک می‌کنند، از شرایط و وضعیتی که در آن قرار دارند و همچنین از وضعیت ایده‌آل مورد نظرشان که دوست دارند کسب نمایند به خوبی آگاهند. پس با مدیریت هیجانات خود و دیگران، افراد می‌توانند مسیر‌هایی را جهت پیشرفت در زندگی خود انتخاب کنند تا توانایی‌های فردی و اجتماعی آنها منجر به خود آگاهی و خود شکوفایی و تعامل‌های مناسب اجتماعی شود. این گونه است که هوش هیجانی باعث افزایش بهزیستی و رضایت از زندگی می‌شود. (۲۶) بهزیستی روانشناختی در پژوهش حاضر با نام پیامد بالیدگی مورد بررسی قرار گرفت. ۸۵.۳ درصد از پرستاران بخش‌های سی‌سی‌یو و ۷۹.۱ درصد از پرستاران ای‌سی‌یو میزان متوسط پیامد بالیدگی را در امر مراقبت از بیمار در حال احتضار گزارش کردند. در مطالعه خانم کاووسی کوشا (۱۳۹۳) با هدف بررسی رابطه بهزیستی روانشناختی با عملکرد شغلی پرستاران و مقایسه آنان در بخش‌های ویژه و عادی انجام گرفت. نتایج پژوهش بیانگر آن است که بین تمام زیرمقیاس‌های بهزیستی روانشناختی (ارتباط مثبت، خودمختاری، تسلط بر محیط، رشد شخصی، هدفمندی زندگی، پذیرش خود) و عملکرد شغلی رابطه مثبت و معنی‌دار وجود دارد ($r=0.3$) و ($P>0.01$). بدین معنی که هر چه میزان ارتباط مثبت، خودمختاری، تسلط بر محیط، رشد شخصی، هدفمندی زندگی و پذیرش خود بیشتر باشد، عملکرد شغلی فرد نیز افزایش می‌یابد. متغیرهای جمعیت شناختی نیز بیانگر رابطه معنی‌دار ($p>0.01$) بین بهزیستی روانشناختی پرستاران ویژه و عادی است. رابطه بین بهزیستی روانشناختی و عملکرد شغلی پرستاران، نشان می‌دهد که دو گروه در سه زیرمقیاس ارتباط مثبت با دیگران، رشد شخصی و پذیرش خود تفاوت معنی‌داری دارند، بدین معنی که میانگین پرستاران بخش‌های ویژه در هر سه زیرمقیاس بالاتر از پرستاران بخش‌های عادی است. (۲۴)

در مطالعه دلپسند و همکاران (۱۳۹۰) با هدف تعیین رابطه بین فرسودگی شغلی با هوش عاطفی پرستاران بخش های ویژه انجام شد. یافته ها بین هوش عاطفی و خستگی هیجانی پرستاران ارتباط معنی دار و معکوس ($r = -.234$) و ($P = .0016$) را نشان داد و بین هوش عاطفی و عملکرد شخصی پرستاران ارتباط معنی دار و مستقیم وجود داشت ($r = .441$) و ($p < .001$). در نتیجه برخورداری از هوش عاطفی منجر به کاهش فرسودگی شغلی در پرستاران بخش های ویژه خواهد شد. (۲۸) در مطالعه اکرم‌نژاد^۱ و همکارانش (۲۰۱۲) در افریقای جنوبی با هدف بررسی هوش عاطفی به عنوان یک عامل تعدیل کننده استرس و فرسودگی شغلی انجام گرفت. یافته ها ارتباط معکوس بین مدیریت و کنترل عاطفه که از عوامل هوش عاطفی هستند با استرس و فرسودگی شغلی نشان دادند. (۳۰) در مطالعه بیرامی و همکاران (۱۳۹۰) نیز که با هدف تعیین رابطه سلامت روانشناختی و هوش هیجانی با فرسودگی شغلی پرستاران بیمارستان های دولتی شهر تبریز انجام گرفت. به این نتیجه رسیدند که به طور کلی افراد با هوش هیجانی بالا، سلامت جسمانی و روانی بیشتری دارند و فرسودگی شغلی کمتری تجربه می کنند. همچنین پرستارانی که سلامت روانی بهتری دارند، فرسودگی شغلی کمتری داشته، به تبع آن مشکلات جسمانی - روانی کمتری نیز دارند. (۲۶) در مطالعه خیر الله نوریان و همکارانش (۱۳۹۰) با هدف بررسی تأثیر آموزش مؤلفه های هوش هیجانی بر استرس و اضطراب پزشکان و پرستاران شاغل در بخش های مراقبت های ویژه انجام گرفت و میانگین امتیاز اضطراب موقعیتی گروه مداخله قبل از آموزش ۴۶.۵۹ بود که پس از اجرای آموزش به ۳۹.۹۵ کاهش یافت. به این نتیجه رسیدند که این که پرستاران و پزشکان استرس و اضطراب زیادی را تجربه می کنند و توانایی تاثیر گذاری آموزش مولفه های هوش هیجانی و اطلاعات مربوط به هوش هیجانی در محل کار می تواند در سازگاری با استرس و یا اضطراب شغلی تاثیر بسزایی داشته باشد. (۲۳) اسلسکی و کارت رایت^۲ نیز رابطه مثبتی بین آموزش هوش عاطفی و ارتقای تندرستی، بهزیستی و تحمل استرس گزارش کردند. (۲۴) همانطور که مشاهده می شود به طور کلی نتایج مطالعات فوق با پژوهش حاضر همسو بوده و می توان به این نتیجه رسید که برخورداری از هوش عاطفی و پرداختن به بهزیستی روانشناختی می تواند منجر به کاهش فرسودگی شغلی در پرستاران بخش های ویژه شود.

پیامد میزان فشار

استرس به معنای فشار یا نیرویی است که از انواع عوامل درونی و بیرونی بر فرد وارد شده و بر رفتار او تاثیر می گذارد. یکی از انواع استرس، استرس ناشی از محیط کار است که بسته به عوامل استرس زای درونی خود می تواند کارکنان را تحت تاثیر قرار دهد. (۲۲) پرستاری حرفه ای است که استرس فراوانی را به همراه دارد و پرستاران شاغل در بخش های ویژه به دلیل شرایط خاص ناشی از محیط کار و بیماران بیشترین استرس را تحمل می کنند. (۶۲) از جمله عوامل استرس زای ناشی از کار:

1- Ekermans

2- Slask & Cartwright

تقاضای زیاد در محل کار، بیماری، مرگ، تعارضات بین فردی و کمبود آگاهی یا حمایت، فشار کاری زیاد را می‌توان اشاره کرد. (۲۸) در پژوهش حاضر که به بررسی میزان فشار بر پرستاران بخش‌های سی‌سی‌یو و ای‌سی‌یو بیمارستان‌های دانشگاهی شهر قزوین در امر مراقبت از بیمار در حال احتضار پرداخت به ترتیب ۶۷.۶ درصد و ۵۹.۳ درصد از پرستاران نمره متوسط را گزارش کردند. در مطالعه ویگند^۱ و همکارانش (۲۰۱۲) با هدف بررسی پیامدهای ناشی از موقعیت‌های بالینی که باعث تجربه دیسترس‌های اخلاقی در پرستاران بخش‌های ویژه می‌شود، انجام گرفت. نتایج نشان داد بیشتر پرستاران دیسترس‌های اخلاقی را تجربه می‌کنند و بیشتر موقعیت‌هایی که باعث دیسترس اخلاقی می‌شود مربوط به موضوع انتهای زندگی می‌باشد. پرستاران پیامدهای منفی را برای خود، بیمار و خانواده‌های ایشان گزارش کردند. (۶۵) در مطالعه فرناز رحمانی و همکارانش (۱۳۸۹) با هدف ارتباط سلامت عمومی، استرس و فرسودگی شغلی در پرستاران شاغل در بخش‌های ویژه انجام شد سطح استرس شغلی در ۴۹.۲ درصد پرستاران بخش‌های ویژه در حد بالا گزارش شد. (۲) در مطالعه پور قانع (۱۳۹۲) با هدف بررسی سطح استرس شغلی در پرستاران شاغل در بخش‌های سی‌سی‌یو انجام شد. یافته‌های پژوهش نشان داد، اکثریت پرستاران (۶۴.۱٪) دارای سطح استرس کم بودند. بر اساس نتایج، ارتباط معنی‌دار آماری بین جنس و استرس دیده نشد. (۲۲) مطالعه فرهادی و همکاران (۱۳۹۲) با هدف عوامل استرس‌زای شغلی در پرستاران شاغل در بخش‌های ویژه انجام شد بیشترین میانگین نمره در عوامل استرس‌زای شغلی، مربوط به عامل مرگ و مردن (55.26 ± 70.135) و کمترین میانگین نمره (57.29 ± 60.100) مربوط به مشکلات با همکاران گزارش گردید. آزمون آماری من ویتنی تفاوت آماری معنی‌داری بین دو عامل استرس‌زای مرگ و مردن و ارتباط با سرپرستاران بین دو مرکز آموزشی شهید مطهری و امام خمینی (ره) شهر ارومیه نشان داد (35.58) درصد و ($p < 0.05$) از پرستاران در این مطالعه استرس زیاد را گزارش کردند. (۶۶) در مطالعه محمدی و همکاران (۱۳۸۰) به منظور بررسی میزان استرس ناشی از محیط کار و ارتباط آن با فرسودگی شغلی پرستاران شاغل در بخش‌های مراقبت ویژه بیمارستان‌های شهر یزد انجام گرفت. یافته‌ها نشان داد که از نظر ابعاد استرس شغلی (بار کاری نقش، بی‌کفایتی نقش، دوگانگی نقش، مسئولیت، محیط فیزیکی، محدوده نقش) پرستاران بیشترین استرس شغلی را در بعد محیط فیزیکی تجربه کرده‌اند همچنین از نظر ابعاد فرسودگی شغلی (تحلیل عاطفی، مسخ شخصیت، فقدان موفقیت فردی) میزان استرس بالایی مشاهده نشد. یافته‌ها در این پژوهش این بود که از ابعاد فرسودگی شغلی (تحلیل عاطفی) بیشتر تحت تاثیر ابعاد استرس شغلی قرار گرفته است. (۴) همانطور که مشاهده می‌شود در مقایسه پژوهش حاضر با پژوهش پور قانع همسرو نبوده و با پژوهش‌های رحمانی و فرهادی همسویی داشته و هر سه، میزان متوسط به بالا استرس را در بین پرستاران بخش‌های ویژه گزارش کرده‌اند.

پیامد حمایت اجتماعی

پرستاران بخش مراقبت ویژه بیش از پرستاران سایر بخش ها در معرض استرس شغلی قرار دارند . تکنولوژی پیشرفته، تضادهای موجود در ارتباطات انسانی، مسائل اخلاقی، اختلاف نظر با مدیران پرستاری، مشاهده مرگ و میر بیماران ، نداشتن اطلاعات کافی، فشارهای شغلی و عدم دست یابی به ایده آل های شغلی، استرسورهای اساسی در بخش های ویژه محسوب می شوند. (۴) آمار نشان می دهد که مشکل سازمان ها فقط جذب و گزینش پرستاران نمی باشد، بلکه مشکل اساسی، نگهداری و ابقاء پرستاران در سازمانهاست. (۶۷) سلامت روان باعث پیشگیری از پیدایش بیماریهای روانی و نیز سالم سازی محیط روانی است تا افراد جامعه با برخورداری از وجود یک روان سالم بتوانند با عوامل محیط ارتباط صحیح برقرار نموده و در راه رسیدن به هدف های خود پیروز گردند. (۷۱) به نظر می رسد که حمایت اجتماعی هنگام بروز استرس مانند یک سپر محافظ عمل می کند و از بروز فشارهای روان پزشکی پیشگیری و یا شدت نشانه های روان شناختی را تعدیل می کند. (۳) از آنجا که دریافت احترام شخصی از جمله بهترین مسائل درک شده، توسط پرستاران به عنوان رفتار حمایتی تلقی می شود ، بنابراین تشویق ، بازخورد ، سپاسگزاری و قدردانی حرفه ای که پرستاران از پرستاران مافوق خود دریافت می کنند، رفتارهای مبین احترام و حمایت است و در کاهش و پیشگیری خستگی جسمی و آسیبهای روان بسیار مؤثر می باشد. (۶۹) در پژوهش حاضر که به بررسی میزان حمایت اجتماعی در پرستاران بخش های سی سی یو سی سی یو بیمارستان های دانشگاهی شهر قزوین در امر مراقبت از بیمار در حال احتضار پرداخت به ترتیب ۴۷.۱ درصد و ۶۴ درصد از پرستاران نمره متوسط را کسب کردند . در مطالعه خانم لبادی (۱۳۸۵) با هدف بررسی ارتباط حمایت های اجتماعی با سلامت روان پرستاران بخش های ویژه بیمارستان های منتخب شهرستان ارومیه انجام شد. نتایج به دست آمده نشان داد که بیشتر پرستاران مورد پژوهش در بخش های ویژه از سلامت عمومی روان مناسب (خوب) برخوردار می باشند و منبع حمایتی همکار را خوب و منبع حمایتی خانواده را ضعیف معرفی کرده اند. همچنین از دیگر نتایج پژوهش این بود که پرستاران مرد در مقایسه با پرستاران زن از حمایت بهتر سرپرستار و همکار برخوردار بودند . همچنین بین سن و سابقه کاری با منبع حمایتی همسر همبستگی مثبت وجود داشت . افزون بر آن پرستاران مرد در مقایسه با پرستاران زن از حمایت بهتر همسر برخوردار بودند. از دیگر یافته های این پژوهش آن بود که بین سن و سابقه کار با منبع حمایت خانواده همبستگی منفی وجود داشت. همچنین نشان داده شد که مجرد ها در مقایسه با متاهل ها از حمایت بهتر خانواده برخوردار بودند. (۶۷) در مطالعه اتمان^۱ و همکاران (۲۰۱۲) با هدف بررسی رابطه حمایت اجتماعی و تعامل کاری که در بین پرستاران مالزی انجام گرفت نتایج نشان داد که حمایت سرپرستاران ارتباط مثبتی با تعامل کاری در بین پرستاران دارد و بین حمایت همکار با

تعامل کاری رابطه معنی داری وجود نداشت. (۷۰) در مطالعه صاحب الزمانی (۱۳۸۸) با هدف تعیین میزان فرسودگی شغلی و ارتباط آن با حمایت‌های اجتماعی پرستاران شاغل در بیمارستان های روانپزشکی شهر تهران صورت گرفت . ۶۹.۹ درصد و ۶۴.۵ درصد پرستاران به ترتیب دارای میزان متوسطی از دفعات فرسودگی و شدت فرسودگی شغلی بودند و ضریب همبستگی پیرسون بدست آمده نشان داد که با افزایش میزان حمایت سرپرستار، دفعات و شدت خستگی عاطفی و با حمایت همسر، دفعات خستگی عاطفی و شدت بی تفاوتی و با حمایت خانواده، شدت خستگی عاطفی و دفعات خستگی عاطفی کاهش می‌یابد، اما بین حمایت همکار و میزان فرسودگی شغلی ارتباط معنی داری وجود نداشت. (۷۱) در مطالعه پیامی (۱۳۷۹) با هدف بررسی وضعیت حمایت های اجتماعی و ارتباط آن با فرسودگی شغلی پرستاران مراقبت های ویژه انجام شد . یافته ها نشان داد بیش از ۲.۳ پرستاران مراقبت ویژه از نظر فرسودگی شغلی در حد کم تا متوسط ، از نظر استرس شغلی ۷۵.۶ درصد در حد کم تا متوسط ، از نظر حالت اضطراب ۷۳ درصد قرار داشتند. در زمینه معرفی منابع حمایتی و میزان کارایی هر منبع ، ۶۲ درصد پرستاران مراقبت ویژه همکار ، ۴۵ درصد سرپرستار ، ۴۱ درصد همسر ، ۱۸ درصد خانواده را به ترتیب به عنوان موثرترین منابع حمایتی ، در حل مشکلات کاری خود معرفی کرده اند . همچنین یافته ها حاکی از وجود ارتباط مستقیم بین استرس شغلی با احساس بی تفاوتی و ارتباط معکوس میان میزان کارایی منابع حمایتی همسر و خانواده با احساس خستگی عاطفی است. (۶۸)

در مطالعه سمیرا پور (۱۳۹۲) با هدف بررسی عوامل تنش زای روانی با توجه به نقش تعدیل کننده حمایت اجتماعی ادراک شده در پرستاران زن بخش اورژانس بیمارستان های مشهد انجام شد نتایج روابط معرفی داری را بین متغیرهای برانگیختگی استرس با رضایتمندی شغلی و حمایت اجتماعی ادراک شده و نیز بین رضایتمندی شغلی و حمایت اجتماعی ادراک شده سازمانی نشان داد. (۳) در مطالعه کیفی پتاسک^۱ و همکارانش (۲۰۱۴) که با عنوان رابطه دوستانه کاری و حمایت اجتماعی که بر روی پرستاران ایالت میشیگان امریکا انجام گرفت یافته ها اهمیت بهترین دوستان در محل کار و ارتباطات حمایتی که آنها با هم دارند را بطور برجسته نشان داد و دو یافته منحصر به فرد و جدید این مطالعه این بود که پرستاران چطور از شوخی به عنوان یک مکانیزم سازگاری استفاده کرده و با چگونگی کاربرد آن می توان به درک عمیق تر از تفاوت های ظریف روابط کاری صمیمی بین آنها دست یافت. (۷۲)

با توجه به اینکه در ابزار " ای او ال سی ای اس "^۲ پیامد حمایت اجتماعی به عنوان یک سازه خنثی معرفی شده است پژوهشگر در این قسمت از تحقیق تنها به توصیف نتایج حمایت های اجتماعی پرداخته و قیاسی بین مطالعات انجام نداده است.

1- Ptacek
2- EOLCAS

هدف چهارم مطالعه : تعیین ارتباط برخی ویژگی های دموگرافیک با پیامدهای مراقبت از بیماران در حال

احتضار بر پرستاران بخش های ای سی یو و سی سی یو

در بررسی ارتباط بین مشخصات دموگرافیک با هر یک پیامدهای مراقبت از بیمار در حال احتضار در میان پرستاران شاغل در بخش های ویژه بیمارستان های دانشگاهی شهر قزوین در سال ۱۳۹۵؛ نتایج نشان داد که در میان پرستاران شاغل در بخش های ای سی سی یو ضریب همبستگی بین متغیر سن با پیامدهای رنج جسمانی و میزان فشار مثبت می باشد و ضریب همبستگی بین متغیر سن با پیامد رنج جسمانی در بین پرستاران بخش های ای سی یو معنی دار و منفی می باشد. در مطالعه پور قانع که در بخش های ای سی سی یو انجام شده است، بین سن با شدت استرس رابطه معنی دار گزارش شده است. (۲۲) در مطالعه دلپسند نیز هیچ گونه رابطه ای بین سن و هوش اجتماعی دیده نشد. (۳۰) اما در مطالعه لبادی بین سن با منبع حمایتی همسر همبستگی رابطه مثبت نشان داده شده است. (۶۷) همچنین در مطالعه فرهادی نیز بین سن با میزان استرس شغلی ارتباط معنی داری بیان شده است. (۶۶)

ضریب همبستگی بین متغیر سابقه کار با پیامدهای میزان بالیدگی و حمایت اجتماعی در میان پرستاران شاغل در بخش های ای سی سی یو بیمارستان های دانشگاهی شهر قزوین معنی دار و مثبت می باشد اما در مطالعه دلپسند هیچ رابطه معنی داری بین سابقه کار و هوش عاطفی دیده نشد. (۲۸) در مطالعه فرهادی نیز بین عامل دموگرافیک سابقه کار با میزان استرس شغلی رابطه معنی داری مشاهده شده است. (۶۶)

بین عامل دموگرافیک وضعیت تاهل با پیامد بالیدگی در بین پرستاران بخش های ای سی سی یو بیمارستان های دانشگاهی شهر قزوین، ضریب همبستگی منفی و معنی دار وجود داشته است در حالیکه در مطالعه دلپسند هیچ گونه رابطه معنی داری بین تاهل و هوش عاطفی مشاهده نشد. (۲۸)

هدف پنجم مطالعه : تعیین روایی و پایایی ابزار مراقبت از بیمار در حال احتضار

به منظور بررسی روایی محتوا ابزار ای او ال سی ای اس بعد از انجام مراحل ترجمه و ترجمه بالعکس، پرسشنامه در اختیار ۲۰ نفر از پرستاران بخش ویژه جهت انجام روایی صوری قرار گرفت که نمره اخذ شده برای هر آیتم بیش از ۱.۵ بود که هیچ کدام از آیتم ها حذف نشدند. در ادامه جهت انجام روایی محتوا به لحاظ کمی و کیفی پرسشنامه در اختیار ۱۵ تن از اعضای هیئت علمی قرار گرفت. که کلمه "در حال احتضار" به کلمه بیمار در تمام آیتم ها اضافه شد. و عبارات "مثلا با دوستان"، "مثلا اعضای امداد" و "مراسم تدفین" در آیتم های ۵، ۲۹، ۳۱ حذف گردید سپس نمره نسبت روایی محتوا محاسبه شد که کلیه گویه ها نمره بالاتر از ۰.۴۹ را بدست آوردند که بر اساس جدول لاوشه قابل قبول می باشد. در ادامه نمره شاخص روایی محتوا بدست آمده در همه گویه ها بالای ۰.۸۱ بود، از این رو هیچ کدام از گزینه ها حذف نشد. بعد از انجام

مراحل روایی، پایایی ابزار به دو صورت ضریب آلفای کرونباخ و آزمون باز آزمون انجام شد. طبق جداول ۴-۱۶ تا ۴-۲۰ ضریب آلفای کرونباخ مورد قبول قرار گرفت و پیامد میزان رنج جسمانی با ۰.۸۵ و پیامد میزان حمایت اجتماعی با ۰.۸۳ نمره خوب و پیامد میزان بالیدگی با نمره ۰.۵۹ و پیامد میزان فشار با نمره ۰.۵۸ نمره متوسط پایایی مقیاس را به خود اختصاص دادند. در ادامه جهت بررسی ثبات ابزار از روش ضریب همبستگی درون خوشه ای آزمون باز آزمون استفاده شد که نمره نهایی ۰.۷۳ بدست آمد که نشان دهنده پایا بودن ابزار می باشد در نسخه اصلی ابزار نمره شاخص روایی محتوا بدست آمده ۰.۷۷ و ضریب آلفای کرونباخ برای سازه حمایت اجتماعی ۰.۴۹ و مابقی بالای ۰.۷ گزارش شد. (۷۳) با توجه به نتایج فوق ابزار روا و پایا می باشد.

۵-۱ نتیجه گیری نهایی:

در پژوهش حاضر که با هدف بررسی مقایسه ای پیامدهای مراقبت از بیمار در حال احتضار بر پرستاران بخش های مراقبت ویژه بیمارستان های دانشگاهی شهر قزوین انجام گرفت از نسخه انگلیسی پرسشنامه مراقبت از بیمار در حال احتضار استفاده شد که بعد از طی مراحل ترجمه، پرسشنامه در اختیار ۲۰ نفر از پرستاران بخش ویژه قرار گرفت که نمره روایی صوری کلیه سوالات بالای ۱.۵ بدست آمد. در مرحله بعد پرسشنامه در اختیار ۱۵ نفر از اساتید هیئت علمی جهت انجام روایی کمی و کیفی محتوا قرار گرفت در قسمت روایی کیفی محتوا کلمه "در حال احتضار" به کلمه بیمار در تمام آیتم ها اضافه شد. و عبارات "مثلا با دوستان"، "مثلا اعضای امداد" و "مراسم تدفین" در آیتم های ۵، ۲۹، ۳۱ حذف گردید و در قسمت کمی نمره بالای ۰.۷۹ برای شاخص روایی محتوا و نمره بالای ۰.۴۹ برای نسبت روایی محتوا در کلیه گویه ها بدست آمد که روایی محتوا پرسشنامه تایید شد سپس پرسشنامه در اختیار ۱۲۰ نفر از پرستاران بخش های سی سی یو و ای سی یو بیمارستان های دانشگاهی شهر قزوین قرار گرفت که بعد از تکمیل و جمع آوری آنها، ضریب آلفای کرونباخ با نرم افزار های آماری محاسبه شد که ضریب آلفای کرونباخ در حالت کلی ۰.۸۵ گزارش شد و برای هر کدام از زیر مقیاس ها رنج جسمانی و حمایت اجتماعی نمره بالای ۰.۸ که نشان از پایایی خوب و زیر مقیاس های میزان بالیدگی و میزان فشار نمره بالای ۰.۵۸ بدست آمد که از پایایی متوسط برخوردار بودند. همچنین جهت بررسی ثبات پرسشنامه مراقبت از بیمار در حال احتضار بعد از دو هفته مجددا در اختیار ۲۷ نفر از پرستاران قرار گرفت که بعد از جمع آوری و انجام آنالیز های آماری، نمره

۰.۷۳ بدست آمد که در نهایت روایی و پایایی ابزار تایید شد در ادامه داده ها توسط نسخه ۲۲ نرم افزار اس پی اس اس مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت که نتایج زیر بدست آمد :

مطالعه پیامد های مراقبت از بیمار در حال احتضار که به بررسی پیامد های رنج جسمانی ، میزان بالیدگی ، میزان فشار و حمایت اجتماعی در دو گروه پرستاران ای سی یو و سی سی یو بیمارستان های دانشگاهی شهر قزوین پرداخت هر دو گروه نمره متوسط را به خود اختصاص دادند که نشان از نداشتن تفاوت بین دو گروه بود . همچنین یافته ها در پرستاران شاغل در بخش های سی سی یو، بین متغیر سن با پیامد های رنج جسمانی و میزان فشار و بین متغیر سابقه کار با پیامد های میزان بالیدگی و حمایت اجتماعی رابطه مثبتی را نشان دادند. در پرستاران شاغل در بخش های ای سی یو بین متغیر سن با پیامد رنج جسمانی رابطه منفی گزارش شد.

در نهایت با توجه به نتایج بدست آمده و اهمیت موضوع مراقبت از بیمار در حال احتضار نیاز به برنامه ریزی موثر در جهت بهبود کاهش استرس های شغلی و ارتقا بهزیستی شناختی در پرستاران بخش های ویژه جهت آرایه کیفیت مطلوب مراقبت توصیه می شود.

۵-۲ کاربردهای یافته ها در خدمات پرستاری

آموزش پرستاری :

با توجه به نتایج پژوهش در آموزش پرستاری توجه بیشتر به آموزش مولفه های هوش هیجانی در برنامه ریزی دروس آموزشی پرستاران جهت مقابله با فشارهای محیطی در بخش های مراقبت ویژه توصیه می شود.

در بالین:

توجه به سلامت پرستاران و سالم نگه داشتن این گروه در درجه اول به عنوان یک انسان و در درجات بعد به عنوان فردی که حافظ سلامت اعضای دیگر جامعه است، از اهمیت زیادی برخوردار است . از این رو نگاه همه جانبه به پرستار در بالین و مشارکت خود پرستاران در بهبود شرایط محیط کار در جهت کاهش میزان فرسودگی های شغلی توصیه می شود.

در مدیریت :

فراهم ساختن حمایت اجتماعی از پرستاران شاغل در بخش های مراقبت ویژه در جهت ارتقا بهزیستی روانشناختی لزوم توجه و تغییر در نگرش ساختار های مدیریتی را می طلبد.

حیطه های پژوهشی :

یافته های این پژوهش می تواند الگویی برای تحقیقات آینده در سطح گسترده تری باشد و زمینه ساز مطالعات وسیعتری در راستای ارتقای بهزیستی روانشناختی در پرستاران گردد، همچنین می تواند انگیزه ای در اجرای طرح های گسترده به منظور

برنامه ریزی های آموزشی آینده کشور در این خصوص باشد.

۳-۵ محدودیت های اجرایی طرح و روش حل مشکلات:

- ۱- همکاری ضعیف پرستاران در تکمیل پرسشنامه بدلیل انجام کارهای بالینی بود که محقق جهت حل این مشکل طبق برنامه ریزی و هماهنگی قبلی پرسشنامه ها را در اختیار پرستاران قرار داد.
- ۲- تاثیر وضعیت روحی و روانی فرد به نحوه پاسخگویی که محقق با طرح سوال در پرسشنامه دموگرافیک تا حدی از تاثیر این محدودیت کاسته است.

۴-۵ پیشنهادات برای پژوهش های آتی

- از آنجا که این پژوهش برای اولین بار در بیمارستان های دانشگاهی شهر قزوین با رویکرد بررسی جنبه های مثبت و منفی مراقبت از بیمار در حال احتضار انجام گرفت ، پیشنهاد می شود در سایر مراکز مراقبت سلامت، پژوهش هایی تحت همین عنوان انجام گیرد.
- در این پژوهش پیامد های مراقبت از بیمار در حال احتضار ارزیابی شد و ارتباط با برخی مشخصات دموگرافیک سنجیده شد. پیشنهاد می شود در همین محیط و در سایر مراکز مراقبت سلامت میزان پیامد های مراقبت از بیمار در حال احتضار و ارتباط آن با سطح دانش پرستاران ، مشخصات دموگرافیک، و میزان انگیزه پرستاران و ... سنجیده شود.
- با توجه به اینکه پیامد های مثبت و منفی در تحقیق حاضر میزان متوسط نمره را به خود اختصاص دادند ، پیشنهاد می شود مداخلاتی در زمینه افزایش پیامد های مثبت و کاهش پیامد های منفی در این مرکز یا سایر مراکز درمانی صورت گیرد.

۱. Issazadegan AS, Soleimani M. The Relaship of cognitive emotion regulation strategies and optimism with death anxiety among nurses in Urmia. The Journal of Urmia Nursing and Midwifery Faculty,,. ۲۰۱۴; Vol ۱۲((۶)):۴۶۷-۷۶.
۲. رحمانی ف. ارتباط سلامت عمومی ، استرس و فرسودگی شغلی در پرستاران شاغل در بخش‌های ویژه بیمارستان های دولتی دانشگاه علوم پزشکی تبریز. نشریه پرستاری ایران. ۱۳۸۹; ۶۶(۲۳).
۳. سمیرا پور. بررسی عوامل تنش‌زای روانی با توجه به نقش تعدیل کننده حمایت اجتماعی ادراک شده در پرستاران زن بخش اورژانس بیمارستان سمیرا پور ۹۲/۰۲/۹۲ تاریخ پذیرش: سلامت کار ایران ۱۳۹۲; ۱۰(۴).
۴. عبدی ه. استرس شغلی و در پرستاران شاغل در بخش های ویژه و و ارتباط آنها با فرسودگی شغلی . مجله دانشگاه شهید صدوقی یزد. ۱۳۸۰; ۳.
۵. P. D. Stressful intensive care unit medical crisis: How individual responses impact on team performance. Crit Care Med. ۲۰۰۹; ۳۷(۴):۱۲۵۰.
۶. Hebert K, Rooney J. The nurse advocate in end-of-life care. Ochsner J ۲۰۱۳; ۱۱(۴):۳۲۵-۳۳۰.
۷. Ahmad ali asadi noghabi sb, mitra zolfaghari critical care nursing ای سی یو . DIALYSIS ۱۳۹۳.
۸. Hashem MOA. Nurses' characteristics and their Attitudes toward Death and Caring for Dying Patients in a Public Hospital in Jordan. Health Science Journal. ۲۰۱۳; ۷(۴):۳۸۴-۳۹۴.
۹. Yossef. Prioritizing Palliative Care: Assess Undergraduate Nursing Curr ای سی یو , knowledge and Attitude among Nurses Caring End-of-Life Patients. European Journal of Academic Essays. ۲۰۱۵
۱۰. Eliopoulos C. Gerontological Nursing. ۸, editor ۲۰۱۴.
۱۱. Miller CA. nursing for wellness in older adults ۷, editor ۲۰۱۵. ۵۹۵ - ۶۱۱ p.
۱۲. Patricia Gonce Morton DKF. Essential intervention in Critical Care: Lippincott Williams & Wilkins; ۲۰۱۳. ۴۱-۵ p.
۱۳. fisher. nurses lived experience of caring for patient at the end of their lives. paris : Eastern nursing research society conference. ۲۰۰۲.
۱۴. Bagherian. Compare the attitude of nursing students of Bam and Kerman about the death. Faculty of Nursing and Midwifery , Kerman. ۲۰۰۹; ۹:۵۴-۶۰.
۱۵. Ranse kl. End Of Life Care in the critical care setting :Nurses practices and factors affecting these practices. school of nursing and midwifery Institute of Health and Biomedical Innovation Queensland ۲۰۱۳.

۱۵. Abohashem M. The nurse advocate in end-of-life care. The Ochsner Journal. ۲۰۱۳;۱۱(۴):۳۲۵-۹.
۱۶. Friedman MI, Delaney MM, Schmidt K, Quinn C, Macyk I. Specialized new graduate RN pediatric orientation: A strategy for nursing retention and its financial impact. Nursing Economics. ۲۰۱۳;۳۱(۴):۱۶۲.
۱۷. Raofi A. Comparative Assessment of First Year Senior Student of Nursing and Midwifery School of Gilan University of Medical Science about Death and Dying. Gilan Sch Nurs Midwifery. ۲۰۰۰;۳۳(۸):۳۷-۴۶.
۱۸. zargham M. Adaptive effect of trauma. Andishe va raftar . ۲۰۰۹;۱۱(۳):۷-۲۲.
۱۹. L. Peters, S. Payne, M. O'Connor. How Death Anxiety Impacts Nurses' Caring for Patients at the End of Life: A Review of Literature. The Open Nursing Journal. ۲۰۱۳;۷:۱۴-۲۱.
۲۰. Bagherian. Attitude of nurses to care for patients dying of cancer center. Razi Faculty of Nursing and Midwifery , Kerman. ۲۰۰۸;۹:۸-۱۴.
۲۱. Razban F. Nurses' attitudes toward palliative care in southeast Iran. International Journal of Palliative Nursing. ۲۰۱۳;۱۹(۸):۴۰۳-۱۰.
۲۲. پورقانع پ. بررسی سطح استرس شغلی در پرستاران شاغل در بخش های سی سی یو. فصل نامه دانشگاه علوم پزشکی لرستان. ۱۳۸۶;۸(۹).
۲۳. نوریان م. تأثیر آموزش مؤلفه های هوش هیجانی بر استرس و اضطراب پزشکان و پرستاران شاغل در بخشهای مراقبت های ویژه. ارمان دانش، مجله علمی پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی یاسوج. ۱۳۹۰;۵(۱۶).
۲۴. کاووسی کوشا ز. رابطه بهزیستی روانشناختی با عملکرد شغلی پرستاران و مقایسه آنها در بخشهای ویژه و عادی. فصل نامه دانشگاه علوم پزشکی مشهد. ۱۳۹۳:۱۷۵-۹۴.
۲۵. بیرامی م. بررسی رابطه سلامت روانشناختی و هوش هیجانی با فرسودگی شغلی در پرستاران بیمارستانهای دولتی تبریز. تحقیقات علوم رفتاری ۱۳۹۰;۹(۲).
۲۶. شهنی بیلاق م. رابطه هوش هیجانی با بهزیستی روانشناختی در دانشجویان دختر دانشگاه شهید چمران اهواز. مجله دست آورد های روانشناختی ۱۳۹۰;۴(۹۲-۱۷۳).
۲۷. Benson G PJ, Brown B. . A crosssectional study of emotional intelligence in baccalaureate nursing students. Nurse Educ Today. ۲۰۱۰;۳۰(۱):۴۹-۵۳.
۲۸. Mansoor Delpasand, Pooran Raiisi, Masood Shahabi. Relationship between emotional intelligence and occupational burnout among nurses in Critical Care Units. Iranian Journal of Critical Care Nursing. ۲۰۱۱;۴(۲):۷۹-۸۶.

۲۹. Kassa H. Assessment of knowledge, attitude and practice and associated factors towards palliative care among nurses working in selected hospitals, Addis Ababa, Ethiopia. BMC Palliative Care. ۲۰۱۴;۱۳(۶):۱۱.
۳۰. Gina Görgens-Ekermans TB, . Emotional intelligence as a moderator in the stress–burnout relationship: a questionnaire study on nurses. Journal of Clinical Nursing ۲۰۱۲;۲۱.
۳۱. Allaf Javadi M.MSc PAM, Ebadi A.PhD, Haji Amini Z.MSc. Comparison of life quality between special care units and internal-surgical nurses. Iranian Journal of Critical Care Nursing. ۲۰۱۰;۳ (۳):۱۱۳-۷.
۳۲. Lewis D, Bucher,Heitkmp. MEDICAL SURGICAL NURSING ۲۰۱۴
۳۳. Wilkins LW. Critical care nursing made incredibly easy!. ۳, editor: J. Christopher Burghardt; ۲۰۱۲. ۱ p.
۳۴. Doug Elliot LA, Wendy Chaboyer. ACCN`S Critical Care Nursing ۲, editor: MOSBY; ۲۰۱۲.
۳۵. شاه نظري ژ. اخلاق و مراقبت هاي پرستاري به هنگام مرگ و مردن ، مقاله مروری. نشریه پرستاری قلب وعروق ۲(۴) ۱۳۹۲.
۳۶. Blake pwLSK-. Gerontological Nursing ۳, editor ۲۰۱۴. ۸۸۲-۸ p.
۳۷. حیدری م.تبیین تجارب پرستاران در مراقبت فرهنگی از بیماران محتضر. اخلاق و تاریخ پزشکی ۴(۶) ۱۳۹۰.
۳۸. Kluwer W. critical care nursing ۳, editor. philadelphia: Lippincitt Williams & wikins; ۲۰۱۲.
۳۹. Hossin Shiri. Critical care nursing in یو ای سی یو. DIALYSIS. ۵, editor ۱۳۹۱.
۴۰. Ahmad ali asadi noghabi sb, mitra zolfaghari critical care nursing ای سی یو ای سی یو. DIALYSIS ۱۳۹۳.
۴۱. Iranmanesh S. Caring for Dying People: Attitudes Among Iranian and Swedish Nursing Students. Indian J Palliat Care. ۲۰۱۰;۱۶(۳): ۱۴۷–۵۳.
۴۲. Marjan Banazadeh M. Nurses' Perception of Supportive Behaviors in Providing Pediatric End-of-Life Care and Its Correlation With Their Demographic Factors. Journal of Hospice & Palliative Nursing. ۲۰۱۵;۳۳۳-۴۱.
۴۳. YavariM. Nurses exoeraince of dealing with dying patient. The Journal of Urmia Nursing and Midwifery Faculty,., ۲۰۱۳;۱۱(۹):۶۸۸-۹۷.
۴۴. . Hajizadeh E, Asghari M. Statistical methods and analyses in health and biosciences a research methodological approach. Tehran: Jahade Daneshgahi Publications; ۲۰۱۱.

۴۵. Maasoumi R, Lamyian M, Montazeri A, Azin SA, Aguilar-Vafaie ME, Hajizadeh E. The sexual quality of life-female (SQOL-F) questionnaire: translation and psychometric properties of the Iranian version. *Reproductive health*. ۲۰۱۳;۱۰(۱):۲۵.
۴۶. Colton D, Covert RW. *Designing and constructing instruments for social research and evaluation*: John Wiley & Sons; ۲۰۰۷.
۴۷. Cook DA, Beckman TJ. Current concepts in validity and reliability for psychometric instruments: theory and application. *The American journal of medicine*. ۲۰۰۶;۱۱۹(۲):۱۶۶. e۷-. e۱۶.
۴۸. Streiner DL, Norman GR, Cairney J. *Health measurement scales: a practical guide to their development and use*. Oxford University Press, USA; ۲۰۱۴ Oct ۳۰.
۴۹. Waltz CF, Strickland O, Lenz ER. *Measurement in nursing and health research*: Springer Pub.; ۲۰۱۰.
۵۰. Akpinar P, C.G. Tezel ,et al . Reliability and cross- cultural validation of the Turkish version of manual Ability Classification System for children with cerebral palsy. *Disability and Rehabilitation* ۲۰۱۰;۳۲(۲۳):۱۹۱۰-۶.
۵۱. Shahrhosseini Z. Developing an instrument to measure the influential factors on career choice among Iranian nursing students. *Iran J Nurs Midwifery Res*. ۲۰۱۳ Sep;۱۸(۵):۳۹۶-۴۰۱.
۵۲. Burns N. Grove SK. *Understanding nursing research*. ۲nd ed. Philadelphia: W.B. Saunders; ۲۰۰۳.
۵۳. Bahrami N. Psychometric Properties of the Persian Version of Larson's Sexual Satisfaction Questionnaire in a Sample of Iranian Infertile Couples. *Iranian Journal of Epidemiology* ۲۰۱۶; ۱۲(۲): ۱۸-۳۱.
۵۴. de Boer MR, Moll AC, de Vet HC, Terwee CB, Völker-Dieben HJ, van Rens GH. Psychometric properties of vision-related quality of life questionnaires: a systematic review. *Ophthalmic and Physiological Optic* ۲۰۰۴; ۲۴:۲۵۷-۲۷۳.
۵۵. Lynn SJ, Das LS, Michael NH, Williams JC. Mindfulness, acceptance, and hypnosis: Cognitive and clinical perspectives. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*. ۲۰۰۶;۵۴(۲):۱۴۳-۶۶.
۵۶. Angermeyere M, Bull, N. , Bernert, S. Dietrich, S. , Kopf. A Comparison between Parents of Psychiatric Patients and Nurses. *Arch Psychiatric Nurses*. ۲۰۰۶;۲۰(۴):۵۸-۵۶
۵۷. Yaghmale F. Content validity and its estimation. *Journal of Medical Education*. ۲۰۰۹;۳(۱).

۵۸. Michael J. Campbell, David Machin, Stephen J. Walters. Medical Statistics: A Textbook for the Health Sciences. ۲۰۱۰ - Medical.
۵۹. مهدی زاده م. ارزیابی سطح سرمی کورتیزول و الدسترون در نوبت های کاری مختلف در پرسنل پرستاری بخش های ویژه فصل نامه سلامت کار ایران. ۱۳۸۸.
۶۰. بزرگ سهرابی. بررسی کیفیت خواب پرستاران شاغل در بخش مراقبت های ویژه جراحی قلب باز بیمارستان های استان مازندران و عوامل مرتبط با آن انجام گردید. ۱۳۹۳.
۶۱. Linda D. Scott CA-E, and Milo C. Engoren, MD. Association of Sleep and Fatigue With Decision Regret Among Critical Care Nurses. American Journal of Critical Care. ۲۰۱۴;۲۳(۱):۱۳-۲۳.
۶۲. Huey Shieh. Increased low back pain risk in nurses with high workload for patient care: A questionnaire survey. Taiwan journal of Obstetrics & Gynecology. ۲۰۱۶;۵۵(۴): ۵۲۵-۹.
۶۳. قانعیان م. بررسی فراوانی علائم سندرم ساختمان بیمار و برخی عوامل مرتبط با آندر پرستاران بخش های مراقبت ویژه بیمارستان های آموزشی دانشگاه علوم پزشکی کرمان. فصل نامه علمی تخصصی طب کار. ۱۳۹۲;۵(۳):۴۹-۵۷.
۶۴. محمدی. تعیین میزان خستگی از شفقت به بیماران در پرستاران بخش های مراقبت ویژه. ۱۳۹۳.
۶۵. Funk Dlwwm. Consequences of clinical situations that cause critical care nurses to experience moral distress. SAGE Journal. ۲۰۱۲.
۶۶. فرهادی م. عوامل استرس زای شغلی در پرستاران بخش های ویژه دانشکده پرستاری و مامایی ارومیه. ۱۳۹۲;۱۱(۱۱).
۶۷. لبادی ش. بررسی ارتباط حمایت های اجتماعی با سلامت روان پرستاران بخش های ویژه بیمارستان های منتخب شهرستان ارومیه سال ۱۳۸۸. فصل نامه دانشکده پرستاری و مامایی ارومیه، ۱۳۸۷;۳(۶):۱۳۵-۴۴.
۶۸. پیامی م. بررسی وضعیت حمایت اجتماعی و ارتباط آن با فرسودگی شغلی پرستاران مراقبت ویژه. مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات درمانی زنجان. ۱۳۷۹;۳۳.
۶۹. یآوری م. شمسایی ف. مقایسه فرسودگی شغلی و سلامت روان بین پرستاران شاغل در بخش های روانپزشکی و ای سی یو. فصلنامه مدیریت پرستاری ۱۳۹۳;۳(۱).
۷۰. Othman BBA. Social support and work engagement: a study of Malaysian nurses. Nursing Management. ۲۰۱۲.
۷۱. صاحب الزمانی م. مقایسه فرسودگی شغلی و سلامت روان پرستاران شاغل در بخش های روانپزشکی و ویژه. فصل نامه مدیریت پرستاری. ۱۳۹۳;۳(۱).
۷۲. Ptacek. I Get By with a Little Help from My Friends: A Qualitative Study of Nurse Close Work Friendship and Social Support. Western Michigan University ۲۰۱۵.

٧٣. JuHee Lee, Ji-Soo Yoo, Development and Validation of a Scale for the End of Life Caregiving Appraisal. Asian Nursing Research. ٢٠١٠;٤(١).

پیوست ها



برگه اطلاع رسانی

عنوان پژوهش: بررسی مقایسه ای پیامد های مراقبت از بیماران در حال احتضار بر پرستاران بخش های مراقبت ویژه بیمارستان های شهر قزوین

مرگ رخدادی مهم، متعدد و روزمره در حرفه پرستاری به خصوص در پرستاری بخش های ویژه می باشد. علی رغم درمان متمرکز در بخش مراقبت های ویژه، مرگ به عنوان یک بخش اجتناب ناپذیر از زندگی باقیمانده است. با توجه به اینکه یک جزء مهم از کار پرستاری در بخش های مراقبت ویژه، مراقبت از بیمار در حال احتضار و خانواده هایشان می باشد. با توجه به کمبود تحقیقات در زمینه ی مراقبت از بیماران در حال احتضار، محقق بر آن شد تا با مطالعه ارزیابی پیامد های مثبت و منفی مراقبت از بیمار در حال احتضار بر پرستاران بخش های مراقبت ویژه بپردازد.

این تحقیق به روش توصیفی تحلیلی با دوبرسشنامه مشخصات دموگرافیک و ارزیابی مراقبت از بیمار در حال مرگ انجام خواهد شد. پس از دریافت معرفی نامه از مسئولین دانشگاه، با توجه به اینکه از این ابزار تا به حال در مطالعات داخلی استفاده نشده است، محقق بر آن خواهد شد ابتدا روایی و پایایی ابزار را بدست آورد در ادامه، پرسشنامه ها را در اختیار پرسنل بخش های سی سی یو و ای سی یو بیمارستان های شهر قزوین که شرایط پذیرش در تحقیق را دارند، قرار دهد. بعد از جمع آوری پرسشنامه ها، به وسیله نرم افزار های آماری نتایج تحقیق تجزیه و تحلیل و ثبت خواهد شد.

پژوهشگر با حضور در محیط پژوهش و دادن توضیحات کامل در رابطه با هدف پژوهش و نحوه تکمیل پرسشنامه ها به جامعه مورد مطالعه، از آنها در خواست خواهد کرد در صورت تمایل به شرکت در تحقیق پس از اخذ رضایت آگاهانه شرکت داوطلبانه خود در تحقیق را اعلام کنند

آدرس و شماره تماس پژوهشگر:

تهران - بزرگراه رسالت - خیابان استاد حسن بنا جنوبی - کوچه کاظمی - بن بست بورایابی پلاک ۱۳ واحد ۲

شماره تماس: ۰۹۳۶۴۲۴۴۹۱۸



برگه رضایت نامه

عنوان پژوهش : بررسی مقایسه ای پیامد های مراقبت از بیماران در حال احتضار بر پرستاران بخش های مراقبت ویژه بیمارستان های شهر قزوین

شماره ثبت مطالعه در مرکز کارآزمایی بالینی ایران:.....

شرکت کنندگان در پژوهش با رضایت آگاهانه و به صورت کاملاً داوطلبانه شرکت خواهند کرد و فرایند جمع آوری اطلاعات در صورت احساس عدم راحتی وعدم تمایل آنان در هر زمان که بخواهند قطع خواهد شد.

کلیه اطلاعات اخذ شده محرمانه خواهد بود و ربطی به ذکر نام و نام خانوادگی و هر گونه اطلاعات هویتی دیگر شرکت کنندگان نیست و انتشار نتایج تحقیقات به طور کلی در قالب اطلاعات گروه مورد مطالعه خواهد بود عوارض جانبی احتمالی پژوهش: ندارد.

فواید احتمالی پژوهش : برنامه ریزی اثر بخش در حوزه مدیریت پرستاری و همچنین بالا بردن کیفیت مراقبت از بیماران در حال احتضار از جمله فواید احتمالی انجام پژوهش مورد نظر می باشد.

تحقیق مورد نظر به روش توصیفی انجام خواهد شد و هیچ گونه مداخله در بر ندارد اینجانب با آگاهی کامل و مطالعه برگه اطلاع رسانی، تمایل خود را به عنوان یک فرد مورد مطالعه جهت شرکت در پژوهش : بررسی مقایسه ای پیامد های مراقبت از بیماران در حال احتضار بر پرستاران بخش های مراقبت ویژه بیمارستان های شهر قزوین به مدت ماه به سرپرستی خانم سیده زهرا حسینی گل افشانی اعلام می دارم. و این موافقت مانع از اقدامات قانونی اینجانب در مقابل دانشگاه، بیمارستان، پژوهشگر و کارمندان در صورتی که عملی خلاف و غیر انسانی انجام شوند نخواهد شد

آدرس، تلفن تماس، امضاء و اثر انگشت بیمار مورد مطالعه :.....

نام و نام خانوادگی، امضاء و شماره تماس پژوهشگر که در صورت هرگونه مشکل یا عارضه احتمالی می توانید با وی تماس بگیرید: زهرا قنبرزاده -۹۳۶۴۲۴۴۹۱۸

آدرس و تلفن تماس کمیته اخلاق در پژوهش های زیست پزشکی دانشگاه

آدرس: قزوین- بلوار باهنر- دانشگاه علوم پزشکی- معاونت پژوهشی دانشگاه- دفتر کارشناسان پژوهش.

تلفن: ۰۲۸-۳۳۳۳۹۲۵۶

پرسشنامه اطلاعات دموگرافیک

کد پرسشنامه.....

تاریخ.....

همکار گرامی

با سلام

از شما دعوت می‌شود تا در مطالعه حاضر که با هدف تعیین پیامد های مراقبت از بیماران در حال احتضار بر پرستاران بخش های ویژه انجام می‌شود، شرکت نمایید. شایان ذکر است کلیه اطلاعات اخذ شده محرمانه خواهد بود، بنابراین نظری به ذکر نام و نام خانوادگی و هر گونه اطلاعات هویتی دیگر شما نیست. پرسشنامه شامل دو بخش است. بخش اول جهت بررسی برخی از مشخصات دموگرافیک شما تهیه شده است. خواهشمندم به طور کامل به سؤالات پاسخ دهید.

الف. اطلاعات دموگرافیک

۱. سن: سال
۲. جنس: ☐ مرد ☐ زن
۳. وضعیت تأهل: ☐ مجرد ☐ متأهل ☐ مطلقه ☐ بیوه
۴. سطح تحصیلات: ☐ کارشناسی ☐ کارشناسی ارشد
۵. سابقه کار در بخش های ویژه: ماه سال
۶. آیا تا به حال سابقه بیماری های اعصاب و روان را داشته‌اید؟ ☐ بله ☐ خیر در صورتیکه پاسخ شما مثبت است آیا در این خصوص داروی خاصی را مصرف می‌کنید؟ (نام و دارو دوز دارو)
۷. آیا طی ۳-۶ ماه گذشته تحت استرس شدید روحی و روانی بوده‌اید؟ ☐ بله ☐ خیر

پرسشنامه مراقبت از بیمار در حال احتضار

لطفاً هر یک از عبارات را به دقت بخوانید و گزینه مناسب را در مقابل هر عبارت علامت بزنید.

عبارت	کاملاً مخالفم	مخالفم	نظری ندارم	موافقم	کاملاً موافقم
۱. هنگام مراقبت از بیمار در حال احتضار احساس خستگی می کنم.					
۲. در هنگام مراقبت از بیمار در حال احتضار دچار اختلال در خواب می شوم.					
۳. هنگام مراقبت از بیمار در حال احتضار دچار تغییر نقش شده ام.					
۴. هنگام مراقبت از بیمار در حال احتضار زمان محدودی برای خودم دارم.					
۵. هنگام مراقبت از بیمار در حال احتضار روابط اجتماعی محدودی دارم.					
۶. احساس می کنم هنگام مراقبت از بیمار در حال احتضار سلامتی ام تحلیل می رود.					
۷. احساس می کنم مراقبت از بیمار در حال احتضار برای من فشار اقتصادی در بر دارد.					
۸. هنگام مراقبت از بیمار در حال احتضار، سوء هاضمه دارم.					
۹. احساس می کنم هنگام مراقبت از بیمار در حال احتضار، شغل رشد می کنم.					
۱۰. هنگام مراقبت از بیمار در حال احتضار بیشتر قدر زندگی ام را میدانم.					
۱۱. من قدر شبکه های حمایتی رسمی و غیر رسمی خود را میدانم.					
۱۲. هنگام مراقبت از بیمار در حال احتضار رابطه بهتری با او دارم.					
۱۳. از اینکه میتوانم برای بیمار در حال احتضار کاری انجام دهم احساس خوبی دارم.					
۱۴. هنگام مراقبت از بیمار در حال احتضار روابط بهتری با اعضای خانواده ام دارم.					
۱۵. برای ایفای نقش پرستاری ام نیاز به راهنمایی دارم.					
۱۶. می خواهم نقشم را به عنوان پرستار انکار کنم.					
۱۷. احساس می کنم ناتوان هستم.					
۱۸. نگران این هستم که برای بیمار در حال احتضارم چه اتفاقی می افتد.					
۱۹. از اینکه بیمارم را از دست بدهم (فوت کند) احساس غم/ اندوه می کنم.					
۲۰. هنگام مراقبت از بیمار در حال احتضار احساس افسردگی می کنم.					
۲۱. از کارهایی که برای بیمار در حال احتضارم انجام داده ام، احساس پشیمانی می کنم.					
۲۲. هنگام مراقبت از بیمار در حال احتضار احساس فشار/ اضطراب می کنم.					
۲۳. هنگام مراقبت از بیمار در حال احتضار احساس بی صبری می کنم.					
۲۴. حین مراقبت از بیمار در حال احتضار احساس گناه می کنم.					
۲۵. به حمایت معنوی / عاطفی نیاز دارم.					
۲۶. هنگام مراقبت از بیمار در حال احتضار احساس تنهایی می کنم.					
۲۷. از پرستاری بیمار در حال احتضار خسته شده ام.					
۲۸. مراقبت از بیمار در حال احتضار برای من دشوار است.					
۲۹. هنگام مراقبت از بیمار در حال احتضار نیازمند منابع مفید هستم.					
۳۰. من به اطلاعاتی در مورد وضعیت سلامتی بیمار در حال احتضار و نحوه مراقبت از او نیاز دارم.					
۳۱. در مورد آماده سازی برای مرگ بیمار به کمک نیاز دارم.					
۳۲. در مورد آینده بیمارم دچار تردید هستم.					

End of Life Caregiving Appraisal Scale

Item	strongly disagree	disagree	no idea	agree	strongly agree
I feel fatigue while caring for the patient.					
I have sleep disturbance while caring for the patient.					
I have experienced a role change (e.g., job) while caring for the patient					
I have limited time for myself while caring for the patient.					
I have limited social relationships (e.g., meeting friends) while caring for the patient.					
I feel my health has gotten worse while caring for the patient.					
I have a financial burden (e.g., decreased household income) while caring for the patient.					
I have indigestion while caring for the patient.					
I feel I have grown personally while caring for the patient.					
I appreciate my life while caring for the patient.					
I appreciate my formal and informal support networks (e.g., religion, friends).					
I have a better relationship with the patient while caring for him/her.					
I feel good that I can do something for the patient.					
I have a better relationship with other family members while caring for the patient.					
I need guidance for my caregiver role.					
I want to deny my role as a caregiver					
I feel I am powerless.					
I worry about what will happen to my patient,					
I feel grief/loss about losing my patient.					
I feel depressed while caring for the patient.					
I regret for what I had been doing to my patient.					
I feel strain/anxiety while caring for the patient.					
I feel Intolerance while caring for the patient.					
I feel guilty while caring for the patient.					
I need spiritual/emotional support.					
I feel loneliness while caring for the patient.					
I am exhausted with caring for the patient.					
I feel discomfort/uneasy caring for the patient.					
I need useful resources (e.g., volunteers) while caring for the patient.					
I want information regarding the patient's health status and how to care for the patient.					
I need help regarding preparation for death and funeral services.					
I feel uncertainty about my patient's future.					

Abstract

An important component of nursing in intensive care units is taking care of end of life patients. According to the several physical and psychological consequences of taking care of end of life patients in the intensive care units on nurses, this study has shown these outcomes.

Method: The present study is a descriptive-analytic study and the sampling method is census. Samples are consisted of 120 nurses working in intensive care units (CCU, ICU) of hospitals of Qazvin University. The data collection tool included a demographic questionnaire and end of life patient care questionnaire which was formed from the four subscales of physical suffering, maturation, burden and social support. In this study, at first validity and reliability of the tool was tested then to analyze the data, descriptive statistic indexes were used and for comparison between groups the Spearman correlation coefficient test and Mann-Whitney test were used.

Results: The results also indicated that 90% of nurses are female who were within the age range of 34-44 and 61.7% of them had less than 10 years of work experience in intensive care unit. In the study of the outcomes of end of life patient care on nurses of ICU and CCU units the average score was assigned for all four outcomes that the outcome of maturation subscale in CCU unit with 85.3% and in ICU unit with 79.1% was achieved the highest score. Results also indicated the outcome of social support subscale with 47.1% in CCU unit and 64% in ICU unit, the outcome of physical suffering with 63.3% in CCU unit and 60.5% in ICU unit and also the outcome of burden subscale with 67.6% in CCU unit and 59.3% in ICU unit.

Conclusion: According to the importance of the consequences of end of life patient care it requires an effective plan in order to improve job stress reduction and also enhancing cognitive well-being in the intensive care unit nurses to provide desirable care quality is recommended.

Key words: care consequences, end of life patient, critical care nurse



Qazvin University of Medical Sciences

Nursing & Midwifery Faculty

Dissertation for the degree of Master of Intensive Care Nursing

Title

**Comparative study on consequences of taking care of end of life patients on
ICU and CCUs' nurses in hospitals of Qazvin's Universities**

Supervisor

Dr. Seyedeh Zahra Hossieni golafshani

Advisor

Akram Shahrokhi

Student

Zahra Ghanbarzadeh zali

Publication